

## Emoções de raiva associadas à gastrite e esofagite\*

*Maria Teresa Nappi Moreno \*\**

*Ceres Alves de Araújo \*\*\**

### Resumo

Os objetivos foram avaliar como a raiva se relaciona à gastrite e esofagite e compreender a raiva quanto a experiência, expressão, estado crônico, gênero e idade. Foram avaliados 41 homens e 68 mulheres, distribuídos em quatro faixas etárias, entre 20 e 60 anos. Os dados foram obtidos do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI), da entrevista psicológica e do prontuário. Os sujeitos vivenciavam sentimentos de raiva, reprimida e direcionada para dentro; mostravam alto grau de impulsividade e sensibilidade a críticas. Homens apresentaram traços de raiva de maior intensidade do que mulheres. Houve alta frequência de raiva de 20 a 29 anos e de 40 a 49 anos. O controle da raiva foi maior entre 50 e 60 anos e menor entre 20 e 30 anos. Apresentaram índices acima da média em raiva crônica, predominantes nos homens e em sujeitos de 40 a 50 anos.

*Descritores:* distúrbios psicossomáticos; psicanálise; inventário de expressão da raiva como estado e traço (Spielberger); raiva; entrevista psicológica, Jung, Carl Gustav (1875-1961).

### Emociones de rabia asociadas a la gastritis y esofagitis

### Resumen

Los objetivos fueron evaluar como la rabia se relaciona a la gastritis y esofagitis, y comprender la rabia como experiencia, expresión de estado crónico, género y edad. Fueron evaluados 41 hombres y 68 mujeres, distribui-

---

\* Artigo derivado da tese de Doutorado em Psicologia Clínica, aprovada na PUC de São Paulo.

\*\* Psicoterapeuta junguiana, psicóloga clínica, doutora em Psicologia Clínica, PUC de São Paulo.

\*\*\* Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, PUC-SP.

Correspondência sobre esse artigo deve ser endereçada para Maria Tereza Nappi Moreno para o email: [mteresanappi@yahoo.com.br](mailto:mteresanappi@yahoo.com.br)

Recebido pela Comissão Editorial na reunião de 21/3/2005 com aprovação final em 26/4/2005.

dos en cuatro grupos de edad, entre 20 y 60 años. Los datos fueron obtenidos del Inventario de Expresión de Rabia como Estado y Trazo (STAXI), de la entrevista psicológica y fichas medicas. Los sujetos vivencian sentimientos de rabia reprimida y direccionada para dentro; mostraron alto grado de impulsividad y sensibilidad a criticas. Hombres presentaron trazos de rabia de mayor intensidad que mujeres. Hubo alta frecuencia de rabia entre 20 y 39 años y entre 40 a 49 años. El control de la rabia fue mayor entre los 50 y 60 años y menor entre los 20 y 30 años. Presentaron índices superior a la media en rabia crónica, predominantes en hombres y sujetos entre 40 y 50 años.

**Descriptores:** psicossomática; psicoanálisis; rabia; entrevista psicológica; Inventario de Rabia (Spielberger); Jung, Carl Gustav (1875-1961).

## Anger emotions associated to gastritis and oesophagitis

### Abstract

Objectives were to evaluate how anger is related to gastritis and esophagus illnesses, and to understand anger experience, expression, chronicity, gender and age. Forty one men and 68 women were evaluated and classified into four groups, ranged from 20 to 60 yr. Data analysis from three sources were made: Spielberger's State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), clinical interview and medical records. Patients experienced anger frequently, feeling frustrated and disappointed with treatment. they were impulsive and showed great sensitivity to criticism. Men presented anger traits with more intensity than women. There were high anger frequency from 20 to 30 yr, and from 40-49. Anger control was better with 50-60 yr and worse with 20-30 yr. They showed scores above the mean in chronic anger, who was predominant among men and subjects from 40-50 yr.

*Index-terms:* psychosomatic disorders; psychoanalysis; anger; psychodiagnostic interview; Jung, Carl Gustav.

## Émotions de colère liées à la gastrite et à l'oesophagite

### Résumé

Le but de cette recherche a été d'évaluer comme la colère s'articule avec la gastrite et l'oesophagite, et comprendre la colère comme l'expérience,

l'expression, l'état chronique, le gendre et l'âge. On a évalué 41 hommes et 68 femmes, groupée par l'âge parmi 20 et 60 années. Ont été utilisées l'inventaire d'Expression de la Colère, de Spielberger, une entrevue psychologique, à moitié dirigée, et des fiches médicales. Les sujets expérimentaient des sentiments de colère, réprimé et avec direction par l'intérieur ; ils montraient une grande susceptibilité aux critiques et réactions impulsives. Les hommes présentaient traits de colère de plus grande intensité que les femmes. Il y avait haute fréquence de colère entre 20 à 29 années et de 40 à 49. Le contrôle de colère a été plus grand entre 50 et 60 ans et amenuisé parmi les 20 et 30 ans. Ils présentaient indices au-dessus de la moyenne en colère chronique, prédominante dans les hommes et en sujets de 40 à 50 ans.

*Mots-clés* : psychosomatique; psychanalyse; colère; entrevue psychologique; L'Inventaire d'Expression de la Colère de Spielberger; Jung, Carl Gustav (1875-1961).

## Introdução

Quando uma palavra ativava um complexo, por meio do teste de associação de palavras, Jung, em seus experimentos ([1935] 1997)<sup>1</sup>, constatou reações fisiológicas. Sua visão psicossomática é representada na atualidade por autores da escola denominada Psicologia Analítica: Ramos (1990, 1994), Byington (1987, 2002) e Vargas (2002). O que caracteriza os escritos de Jung é um enfoque holístico, uma visão integrativa dos fenômenos humanos, segundo a qual sintomas psicológicos podem ser representados tanto por alterações orgânicas quanto por alterações neuropsicológicas.

Difícilmente há um caso de neurose em que as entranhas não estejam agitadas. Por exemplo, depois de um certo sonho, acontece uma diarreia ou há espasmos no abdômen... Conheço porção de casos de pessoas que não sabiam o que deviam fazer, pessoas que se tornaram

---

1. Para as obras que foram traduzidas para o português, indicamos, entre parênteses, o ano da edição utilizada, e incluímos, entre colchetes, o ano em que o texto foi originalmente publicado, objetivando maior clareza das épocas em que surgiram as formulações teóricas e suas derivações.

preguiçosas quando deveriam ter organizado suas vidas em uma escala de certo modo mais ampla, que omitiam suas obrigações e tentavam viver como galinhas – e, então, elas sofriam de assustadores espasmos no abdômen (Jung, 1976, p. 88).

No atendimento a adolescentes, observamos que alunos de uma escola particular de ensino médio da grande São Paulo não sabiam lidar adequadamente com sua agressividade. Encontramos neles um índice alto dos resultados Raiva para Fora<sup>2\*</sup> e baixo Controle de Raiva\* ou Raiva para Dentro\* associado a um alto Controle de Raiva\*, assim como distúrbios respiratórios, digestivos e concentração alterada.

No manual do STAXI, Spielberger (1992) mostra várias pesquisas que relacionam a raiva com alteração da pressão sanguínea, arteriosclerose, distúrbios cardíacos, câncer entre outros, assim como a relação da raiva com o sistema nervoso autônomo. Quando o sujeito tem acesso de raiva, é como se algo tivesse caído sobre ele, subjugando-o.

Para Jung, quando a raiva é “segurada” ou “suprimida”, ela passa a ser vivenciada como um estado emocional. Pessoas com um resultado alto em Raiva para Fora\* expressam sua raiva em direção a outras pessoas ou objetos no ambiente. Segundo Davidoff (1983) e Spielberger (1992), o conceito de raiva abrange sentimentos que variam desde aborrecimentos leves ou irritação até a fúria, os quais são acompanhados por uma estimulação do sistema nervoso autônomo. Esses estudos levaram-nos ao questionamento de qual a relação entre essas constantes alterações do sistema nervoso autônomo e a presença de gastrite e esofagite em pacientes.

## ○ sistema gastrintestinal

O esôfago recebe inervações do nervo vago e do sistema nervoso simpático, e sua principal função é a de conduzir o alimento da faringe para o estômago (Guyton & Hall, 1997). No fundo do estômago, geralmente, não há conteúdo alimentar, mas os gases são engolidos com os alimentos ou durante os movimentos da respiração. O trato

---

2. São categorias mensuradas no STAXI.

gastrointestinal possui um sistema nervoso próprio, denominado sistema nervoso entérico, que é formado por dois plexos: um externo denominado plexo mioentérico ou plexo de Auerbach, e outro interno, denominado plexo submucoso ou plexo de Meissner.

a) Em pequeno grau, por um efeito direto da noradrenalina sobre o músculo liso, inibindo-o (exceto a muscular da mucosa, que excita).

b) Em maior grau, por um efeito inibidor da noradrenalina sobre os neurônios do sistema nervoso entérico.

No homem, quando se encontra sob sentimentos de medo, tristeza ou auto-reprovação, há uma redução da secreção gástrica, que aumenta com os sentimentos de agressividade e de raiva. Tavares, Furtado e Santos (1984) argumentam que a estimulação da secreção gástrica é iniciada no sistema límbico, e, quando suas estruturas são estimuladas, pode haver tanto indução de respostas do sistema nervoso simpático quanto do sistema nervoso parassimpático.

Esofagite é um distúrbio da motilidade do esôfago não tendo correlação do aumento da esofagite com o aumento da secreção gástrica, mas com o tempo em que a mucosa do esôfago ficou exposta ao agente agressor.

Vasconcellos (1998) escreve que, se for uma queixa isolada, é “frequentemente referida por neuróticos deglutidores de ar” (p. 19), como também podem ocorrer “crises de falta de ar, pois poderá haver constrição brônquica provocada pela microaspiração de suco gástrico” (idem, p. 19).

Na gastrite, é verificado um aumento acentuado de permeabilidade da barreira gástrica que pode conduzir a lesões e atrofia progressivas da mucosa gástrica. Uma excitação maior do nervo vago e da acetilcolina pode estimular mais produção de pepsina, gastrina e de secretina.

## Emoções

Ao observarmos os primitivos, verificamos que, à menor exigência ou mesmo sem ela, de repente, “somem”. Ficam horas sentados e quando lhes perguntamos o que estão fazendo ou no que estão pensando, se ofendem e respondem dizendo que somente os doidos pensam,

eles não. Ao conceberem algum pensamento, o fazem primeiro com a barriga ou com o coração. Certas tribos negras afirmam que é na barriga que os pensamentos nascem, pois apenas conseguem apreender as idéias que realmente lhes perturbam o fígado, os intestinos ou o estômago, ou seja, somente são atingidos por pensamentos emocionais. Tanto as emoções quanto os afetos são acompanhados sempre por inervações psicológicas perceptíveis (Jung [1935] 1997, p. 28).

Segundo LeDoux (1998), a teoria de James, de 1884, considerava que a emoção era constituída por uma seqüência de acontecimentos que se inicia com a ocorrência de um estímulo excitante e que terminava com um sentimento forte, uma experiência emocional consciente. Já Canon (1929) acreditava que essas reações eram resultados da ativação do sistema simpático, cuja atuação era uniforme, independentemente de como ou por que era ativado, segundo se acreditava na época.

Cannon (1929, 1939) também introduziu o conceito de reação de emergência, ou reação de luta ou fuga, resposta fisiológica específica do corpo, uma resposta adaptativa que se antecipa e favorece o consumo de energia em estados emocionais. Papez, citado por Marino (1975), LeDoux (1998) e por Kandel (1998, 2000), formulou, em 1937, uma teoria que explicava a experiência subjetiva das emoções como sendo um fluxo de informações, as quais obedecem a um ciclo de conexões anatômicas entre o hipotálamo e o córtex medial e deste de volta para o hipotálamo. Essa porção anatômica do encéfalo é conhecida, atualmente, como Circuito de Papez, importante no estudo dos estados emocionais.

A emoção no corpo é manifestada por alterações viscerais ou vasculares mediadas pelo sistema nervoso autônomo. Os pensamentos, expectativas e percepções que ali surgem são fundamentais para manter e dissolver os afetos e comportamentos que os acompanham.

A formação reticular é formada por uma rede de células nervosas no tronco cerebral, que é responsável por alertar o córtex para importante informação sensorial.

Para esses autores, a projeção do tálamo para a amígdala também é muito importante em vários tipos de emoção, como, por exemplo, no medo, a raiva (Kandel, Schwatz & Jessell, 1998, 2000).

Em um clássico experimento, a raiva era eliciada por um técnico que tinha comportamentos insultuosos. Os resultados mostram que, no medo, os indivíduos apresentavam maior taxa de liberação de adrenalina e, sob a emoção da raiva, apresentavam taxa maior de adrenalina e noradrenalina.

Segundo Ballone (2002), quando a emoção da raiva é dirigida para fora, há maior secreção de noradrenalina e, quando é dirigida para dentro, mais para o próprio indivíduo, o que predomina é a secreção de adrenalina. Portanto, do medo para raiva variam os circuitos cerebrais envolvendo troca de informação entre a amígdala e o tálamo.

Marino (1975) define emoção da seguinte maneira:

Uma emoção é antes uma reação aguda, que envolve pronunciadas alterações somáticas, experimentadas como uma sensação mais ou menos agitada. A sensação e o comportamento que a expressam, bem como a resposta fisiológica interna à situação-estímulo, constituem um todo intimamente relacionado, que é a emoção propriamente dita. Assim, emoção tem ao mesmo tempo componentes fisiológicos, psicológicos e sociais – desde que as outras pessoas constituem geralmente os maiores estímulos emotivos em nosso meio civilizado (p. 4).

Pode ser considerada como uma tendência que o organismo possui para se aproximar ou se afastar de um objeto, seguida por determinadas alterações somáticas – um impulso para agir e um elemento de alerta, uma vividez ou superconsciência dos processos mentais. Há, portanto, modificações corporais importantes, como os dentes podem cerrar-se.

Os animais quando se sentem ameaçados ou quando atacados utilizam-se de energia para lutar ou se defender. É por meio desses comportamentos que podemos dizer que um animal está enfurecido.

Grande parte de nossas emoções encontra-se ligada às suas manifestações. Darwin ([1872] 2000) verificou tais alterações, não só

em indivíduos de cor branca, mas, também, em índios com pele cor de cobre da América do Sul, em macacos e em um de seus próprios filhos com menos de quatro meses de idade. Percebeu que o aumento do fluxo sanguíneo na cabeça é, geralmente, um dos primeiros sinais de uma emoção.

Os músculos também são afetados por essa emoção, principalmente os músculos da voz. Machos rivais desafiavam os demais pelas suas vozes. Desse modo, a voz foi associada à emoção raiva, como se o fato de gritar fornecesse algum tipo de alívio. Com isso, podemos dizer que o uso da voz encontra-se ligado a todo tipo de sofrimento.

Uma emoção acontece na medida em que temos consciência das mudanças fisiológicas da condição geral. Porém, os sentimentos dos outros não nos concernem, o sentimento diferenciado tem efeito calmo sobre nós, o que não acontece com uma pessoa dominada por uma emoção se ela nos atinge devido ao fogo que dela se irradia. O sistema nervoso simpático altera-se por meio de uma espécie de sincronização, fazendo com que apresentemos os mesmos sinais dentro de certo tempo, o que não ocorre com o sentimento (Jung, [1935] 1997).

É sinal de que um complexo foi ativado, é uma reação involuntária que ocorre devido a um complexo ativo. “Um indivíduo que se encontra com este nível inferior, com suas emoções descontroladas, encontra-se incapaz de realizar um julgamento moral” (Jung, [1942] 1982, p. 15).

Um complexo é considerado um aglomerado de associações, com caráter traumático ou doloroso e altamente acentuado. É dotado de tensão ou energia própria, tendendo a formar uma pequena personalidade.

O inconsciente é considerado geralmente como uma espécie de intimidade pessoal encapsulada, mais ou menos o que a Bíblia chama de ‘coração’, considerando-o como a fonte de todos os maus pensamentos. Nas câmaras do coração, moram os terríveis espíritos sanguinários, a ira súbita e a fraqueza dos sentidos (Jung, [1935] 2000, p. 42).



Relacionando o inconsciente com o sistema nervoso, Jung ([1935] 2000) postulou: “O inconsciente é a psique que alcança, a partir da luz diurna de uma consciência espiritual, e moralmente lúcida, o sistema nervoso designado há muito tempo por ‘simpático’” (p. 41).

Com relação à expressão de emoções, Marino (1975) mostra que as emoções são sensações subjetivas que ocorrem como consequência de fatores estimulantes, muitas vezes externos. Desse modo, podemos considerar como fenômenos não-rationais as emoções de amor, raiva, medo.

**Raiva:** emoção bastante diferenciada, que se acompanha de um impulso para atacar e um conjunto de reflexos que visam a promover a sensação de ganhar a luta. Parece ser o único tipo de emoção que os répteis são capazes de exprimir.

**Medo:** uma experiência desagradável, acompanhada de um impulso de fuga.

**Amor:** aparece como um impulso que impele à aproximação com o objeto da afeição.

**Companhia (convivência):** aparece como um sentimento de relacionar-se, pertencer, estar junto e em segurança. Acompanha-se de forte impulso de aproximar-se e misturar-se com a própria espécie. É extremamente forte em certos animais que se associam em grupos, sendo um dos melhores exemplos de emoção que corresponde a um instinto.

**Alegria:** acompanha-se de um impulso para gritar, rir e dançar.

**Solidão:** trata-se de emoção que aparece quando um forte impulso para sociabilizar-se é frustrado. O comportamento é de tristeza, desassossego e agitação. Não há um impulso específico para determinada forma de ação. Há um estado de alerta, e a ação pode tomar qualquer direção, de acordo com o ambiente.

Marino (1975) refere-se também à possibilidade de se classificar a expressão emocional em uma base fisiológica, calcada em fenômenos autônomos, relacionados com o sistema nervoso autônomo. Essa diferença se faz notar, principalmente, em emoções extremas, como raiva e amor.

**Quadro 1:** *Associações psicofisiológicas relacionadas a estados emocionais*

Raiva	Amor
Boca seca	Salivação
Contração vesical	
Espasmo intestinal	Relaxamento
Hiperglicemia	Hiperglicemia
Inibição dos reflexos sexuais glandular especial	Secreção
Midríase	Midríase
Movimentos corporais tensos	Relaxamento
Muscular	
Suores	Apenas calor
Taquicardia	Taquicardia
Taquipnéia	Taquipnéia
Vasoconstrição ou dilatação	Vasodilatação
Voz ríspida	Voz suave

Existem emoções, como a raiva, que nos fazem ferir as pessoas, assim como há emoções, como o amor, que nos mobilizam a ajudá-las.

**Afeição:** uma emoção que inicia e mantém uma parceria altruísta. Gostamos de pessoas que são gentis conosco e somos gentis com as pessoas de quem gostamos.

A raiva tem conotações morais; quase toda raiva é cheia de razões. Pessoas furiosas sentem-se prejudicadas em seus direitos e julgam ter de reparar uma injustiça, pois os culpados seriam os outros.

**Simpatia:** desejo de ajudar os que estão necessitados, podendo ser uma emoção para conquistar gratidão.

**Culpa:** pode torturar um trapaceiro que está correndo perigo de ser descoberto.

**Vergonha:** reação a uma transgressão, que foi descoberta, evoca uma exibição pública de contrição, pela mesma razão.

Pinker concorda com Darwin ([1872] 2000) ao considerar que as principais emoções humanas parecem ter se desenvolvido de precursores evolutivos, por exemplo, a raiva da luta, o medo da fuga, sendo

que, para expressar cada uma dessas emoções, faz-se necessário um conjunto de reações fisiológicas involuntárias. Ele demonstra como as emoções podem dominar a mente de uma pessoa, contando o caso de um indivíduo que entrou em “estado de luto ou amoque”<sup>3</sup>.

O homem em estado de *amoque* fica fora de si, como um autômato e cego para tudo o que está a seu redor, sendo inacessível a apelos ou ameaças. O autor conclui:

O estado de amoque é arrepiantemente cognitivo. Este estado é desencadeado não por um estímulo, não por um tumor, não por um jorro aleatório de substâncias químicas no cérebro, mas por uma idéia (Ibidem).

Para exemplificar o estado de amoque, de como ele possui o homem, o autor cita um caso de 1968, descrito por um psiquiatra em Papua, Nova Guiné.

## A raiva

Segundo Adib Jatene, “O que nos mata não é o trabalho, é a raiva”. Significa, de acordo com Cunha (1999, p. 661), ódio, ira. Jung ([1928] 1984) se refere à raiva, também, como cólera e ira. Ballone (2002) considera ira, fúria, furor e zanga como sinônimos de raiva.

Jung ([1928] 1984) descreveu a origem da palavra raiva assim como o que significa estar com ela. A palavra raiva vem de *Geisa*, que significa estar com raiva. De acordo com Jung ([1928] 1984), quando um indivíduo tem um acesso de raiva, “significa que algo caiu sobre ele, que o subjugou, que o demônio está montado nele, que está possesso, ficamos fora de nós, de tanta raiva, já não somos por um demônio, por um espírito” (p. 627).

Davidoff (1983) define a “raiva como uma emoção caracterizada por um alto nível de atividades do sistema nervoso simpático e por fortes sentimentos de desprazer, os quais são desencadeados por

---

3. “Amok é uma palavra malaia que designa as solitários da Indochina, que sofreram uma perda de amor, de dinheiro ou da honra. Mais distante do Ocidente: os coletores de alimento da Idade da Pedra em Papua, Nova Guiné” (idem, p. 384).

um mal real ou imaginário” (p. 451). Segundo essa autora, a raiva é, freqüentemente, acompanhada por impulsos de retaliação agressivos, tanto hetero como auto-agressivos. Ballone (2002) acrescenta que a raiva é geradora de impulsos violentos contra os que nos ofendem, assim como a auto-violência, contra nossa própria saúde.

Presa utiliza a seguinte definição de raiva:

raiva é uma reação emocional que surge por interferência, lesão ou ameaça caracterizada por certos trejeitos faciais típicos, por reações do sistema nervoso autônomo e por atividades manifestas encobertas e simbólicas de ataque e de ofensa. A raiva é uma perturbação emocional passageira. A cólera seria a raiva fora de controle (fúria). A hostilidade seria um estado emocional de inimizade mais ou menos duradouro (...). O aborrecimento e o ódio expressam um sentimento muito mais complexo, onde se organiza uma variedade de tendências e reações em direção ao objeto gerador da atitude (emoção, sentimento) de raiva. Por exemplo, a alegria sentida pelo fracasso de uma pessoa odiada (Presa, 2002, p. 40).

Em relação às expressões da raiva, os primeiros trabalhos foram de Mira y López ([1949] 2000). Ele afirma que a raiva encontra-se inserida na ira que pode se manifestar de diferentes formas assim como alcançar diferentes níveis de intensidade. Tanto a raiva quanto a cólera relacionam-se com os níveis de intensidade, sendo que é a raiva que apresenta um dos graus mais elevados de ira.

A fase da firmeza é a maneira mais leve com que a ira se apresenta. É um suave sentimento de exaltação, que nos prepara para enfrentar determinada situação. Para Mira y López ([1949] 2000), é nessa fase que os indivíduos sentem-se estranhos, ofendidos, experimentando um nível de ansiedade colérica. É no quinto nível que a ira torna-se raiva, que já tomou por completo a direção da conduta da pessoa, tornando-a um espectador de seus próprios atos, sem mais controle sobre o que faz. O que pretendemos mostrar é que a raiva, também, está relacionada ao divino.

Sabemos que a raiva e a fúria também podem nos matar, “é velha como o mundo a frase: morrer de raiva” (p. 73). Para Viscott (1982), raiva é o sentimento de ser irritado, ofendido, ser posto de lado, molestado, importunado, de estar enraivecido, de estar “esquentado”. Raiva e ansiedade também estão ligadas a reações de mágoa e de perda.

De acordo com o mesmo autor, ansiedade é o medo de uma perda, de um mal, quer seja real ou imaginário, que pode não ter ocorrido ainda, ou jamais ocorrerá. Essa dor pode criar um desequilíbrio que exige uma reação energética. Spielberg (1992) considera o termo raiva como um conceito mais elementar que a hostilidade ou agressão. Para ele, o conceito mais elementar de raiva usualmente se refere a um estado emocional que abrange sentimentos que variam desde aborrecimentos leves ou irritação até a fúria e raiva, que são acompanhados por uma estimulação do sistema nervoso autônomo. Quando a raiva é “segurada” ou “suprimida”, ela passa a ser vivenciada subjetivamente como um estado emocional (Estado de Raiva), que varia de intensidade em cada indivíduo. Nesse caso, a raiva encontra-se mais direcionada para o ego, podendo resultar em sentimento de culpa e depressão.

A Raiva para Fora, geralmente, envolve a experiência do Estado de Raiva e as manifestações de comportamentos agressivos.

Spielberger aponta que indivíduos que apresentam escores baixos e abaixo do percentil 25, nas escalas Traço de Raiva, Raiva para Dentro e Raiva para Fora, geralmente experienciam, reprimem e expressam pouca raiva. Porém, esses índices podem indicar que o sujeito usa excessivos mecanismos de defesa de negação e repressão como proteção perante o experimentar sentimentos de raiva inaceitáveis. Para o autor, pessoas com o uso excessivo de negação e repressão, freqüentemente, refletem um estilo de vida no qual essas defesas são consistentemente usadas como uma forma primária de fazer oposição e evitar raiva” (Spielberger, 1992, p. 14).

Os pacientes hipertensos, após terem realizado uma tarefa levemente frustrante, apresentam índices altos em: Traço de Raiva, Reação de Raiva, Estado de Raiva e Estado de Ansiedade. Indivíduos hostis, geralmente, usam mecanismos de defesa neuróticos para con-

trolar ou expressar sua raiva indiretamente. De acordo com Presa (2002), o sentimento da raiva pode ser experimentado em três diferentes níveis: 1) pensamento: ocorre quando o indivíduo tem consciência de seus sentimentos raivosos sem palavras e sem expressão comportamental; 2) palavras: quando o que é sentido é expresso por verbalizações, como palavrões, ofensas morais entre outros; 3) atos: quando ocorre a agressão física. Nesse nível que acontecem os assassinatos e outros crimes, que podem indicar certos graus de psicopatologias em quem os comete.

Esse mesmo sentimento de raiva, segundo o mesmo autor, expressa-se no indivíduo de dois diferentes modos um na psicossomática e outro na psicomotricidade.

Segundo Presa (2002), estudos mostram que indivíduos classificados em Raiva para Dentro apresentam pressão arterial sistêmica mais elevada do que os indivíduos classificados em Raiva para Fora. Esse é um teste projetivo, em que é solicitado ao sujeito escrever uma resposta perante situações supostamente frustradoras. As mulheres tendem a mostrar correlação positiva entre Traço de Raiva, Reação de Raiva e Raiva para Fora com “extrapunitividade” e Raiva para Dentro com “impunitividade”. Raiva para Dentro correlaciona-se negativamente com “extrapunitividade”.

Segundo esses autores, a hipótese é de que as mulheres expressem melhor seus sentimentos de raiva do que os homens. Um resultado não esperado foi a correlação positiva entre Raiva para Dentro e “impunitividade”, pois se esperava que a Raiva para Dentro se correlacionasse positivamente com “intrapunidade”.

As reflexões de Biaggio (2000) sobre os resultados de pesquisa investigando as diferenças entre pacientes odontológicos bruxômanos e um grupo-controle de estudantes universitários levaram-na a pensar e investigar o conceito de alexitimia de Sifneos. Segundo Biaggio, pessoas que têm tendência a não reconhecer os sentimentos e as emoções tendem a reações psicossomáticas e não conseguem nomear suas emoções, levantando como hipótese que os bruxômanos se enquadram nesse conceito de alexitimia (ausência de palavras para nomear emoções).

Costa (1995) desenvolveu uma pesquisa que investigou as relações das variações psicológicas de raiva e ansiedade com 60 indivíduos obesos e 60 indivíduos não obesos. Como instrumento aplicou o STAXI, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), além de usar um questionário complementar. Obteve como resultado que os pacientes obesos apresentaram relações significativas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e Raiva voltada para Dentro.

Biaggio (1998), em artigo de revisão de suas próprias pesquisas, cita as relações entre escores no STAXI, de pais e mães de crianças da pré-escola com comportamento agressivo, encontrando que o comportamento agressivo dessas crianças estava significativamente correlacionado com a Raiva para Dentro de sua mães, e sendo que o comportamento agressivo dos meninos também se correlacionou com Raiva para Fora das mães.

Duprat (1999) realizou pesquisa com 61 pacientes dislipidêmicos de ambos os sexos, com idades entre 35 e 65 anos, sendo 31 pacientes portadores de Doença Arterial Coronária – DAC – (prevenção secundária) e 30 pacientes não portadores de DAC (prevenção primária), constituindo o grupo-controle, recrutados em Ambulatório de Dislipidemias. Para isso, foi utilizado, respectivamente, os inventários de raiva e ansiedade de Spielberger – STAXI e IDATE.

Os resultados apresentam a inexistência de diferenças estatisticamente significantes quanto às medidas psicológicas de raiva e ansiedade entre os dois grupos, havendo, entretanto, diferenças importantes quanto à variável de Raiva para Fora elevada, no grupo com DAC. Schieman (1999) realizou uma pesquisa no Canadá para verificar se as pessoas mais idosas são menos raivosas e concluiu que o estilo de vida saudável que os idosos levam faz com que tenham menos raiva, e não a idade mais avançada.

Estudos feitos na Inglaterra constataram, pelo teste STAXI, que um grupo de 83 mulheres com bulimia apresentava percentis altos em Estado de Raiva e Raiva para Dentro (Milligan & Waller, 2000). Segundo esses mesmos autores, o STAXI possui alta validade e boas propriedades psicométricas, mostrando a importância de Spielberger, que, ao criar o STAXI, pôde demonstrar a natureza multifacetada da

raiva, concluindo que pode ser conceitualizada tanto como um estado emocional, que varia de intensidade, quanto como um traço, ou seja, uma característica relativamente estável de personalidade. O Estado de Raiva é definido por Spielberger (1992) como uma condição emocional variável, que apresenta sentimentos subjetivos de tensão, irritação, fúria ou cólera. Os resultados obtidos pelo STAXI mostraram percentis altos em Estado e Traço de Raiva mais elevados nos pacientes com bulimia, que naqueles com anorexia nervosa, assim como traços de impulsividade patológica correlacionada à raiva (Fassino, 2001).

Venable, Carlson e Wilson (2001) fizeram uma pesquisa que relacionava o papel da raiva e da depressão em pacientes com dores de cabeça periódicas. Foi utilizado o STAXI e um questionário sobre sintomas de ansiedade e Escala de Hassles em 65 mulheres adultas de 18 a 28 anos de idade. Posteriormente, realizaram o mesmo procedimento com um grupo misto (pacientes que apresentavam dores periódicas e pacientes que não apresentavam), encontrando, também, alto nível de Raiva voltada para Dentro.

Os efeitos da raiva e do *stress* são semelhantes na redução da imunidade, com declíneos dos neutrófilos, e na percepção da dor.

Siegmán et al. (2002), em pesquisa realizada com 103 mulheres de meia-idade de 35 a 56 anos, por meio do STAXI obtiveram altos níveis de Traço de Raiva, Temperamento de Raiva e Raiva para Fora, Controle de Raiva e raiva neurótica relacionado com baixa densidade de lipoproteínas (LDL), alta densidade de lipídeos (TSC / HDL), alto nível de triglicérides e alto nível de glicose. Foley et al. (2002) realizaram, nos EUA, uma pesquisa verificando a utilidade do STAXI em delinqüentes.

Segundo essa equipe, o STAXI é um instrumento eficaz na avaliação desses pacientes, verificando em quais delinqüentes a raiva está em Estado, Traço e Raiva para Fora alterada, associada a índices baixos em Controle de Raiva, necessitando que sejam encaminhados para programas específicos de como lidar com a raiva, planejamento terapêutico e sua aplicação posterior como verificação se houve, ou não, melhora nos pacientes.



Dentre os autores que abordam a teoria de Spielberger em relação a raiva, no Brasil, destaca-se o trabalho de Presa (2002), que utiliza o STAXI para fazer um estudo com 180 motoristas, sendo 71 de ônibus, 60 de caminhão e 49 de automóvel. Os resultados mostram que os motoristas infratores apresentam índices de raiva significativamente mais altos nas categorias: Estado de Raiva, Traço de Raiva, Temperamento de Raiva, Reação de Raiva, Raiva para Fora, Controle de Raiva e Expressão de Raiva. Os motoristas amadores, em média, são mais raivosos que os profissionais; os motoristas mais jovens apresentam índices altos em Traço e Temperamento de Raiva, e baixos índices em Controle de Raiva. As mulheres apresentam índices mais altos que os homens em Traço, Temperamento, Reação de Raiva, Raiva para Fora. Os motoristas com menor tempo de escolaridade apresentam índices de raiva mais baixos que os motoristas com maior tempo de escolaridade.

Na Itália, Fassino et al. (2003) avaliam os diferentes níveis de intensidade e expressão de raiva em pacientes obesos com *Binge-Eating Disorder* (BED) e sem BED<sup>4</sup>. Foram usados o STAXI, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Distúrbios Alimentares-2 (EDI-2). Pacientes com BED apresentaram níveis maiores de depressão e escores mais elevados em Raiva para Fora. Os autores relacionam o resultado acima da média, em obesos com BED, com a impulsividade do comportamento.

Esses mesmos autores realizaram outra pesquisa, em 83 pacientes bulímicas, explorando traços psicopatológicos da personalidade desses sujeitos. Antes de começarem a psicoterapia breve todos foram avaliados pelos seguintes instrumentos: STAXI, *Eating Disorder Inventory II* (EDI-II) e *Temperament and Character Inventory* (TCI). Comparando os pacientes que não concluíram a psicoterapia breve (28) com os que a concluíram (55), verificam-se a existência de impulsividade, maiores sentimentos de raiva e menor cooperação nos pacientes que abandonaram a psicoterapia breve. Concluíram, também, que esses pacientes

---

4. BED: indivíduo que possui atos compulsivos de comer, súbitos, ingerindo grande quantidade de comida, seguidos de agitação e autocondenação.

parecem apresentar traços de personalidade *borderline*, com dificuldade em fazer e manter vínculo psicoterápico.

Nicholson et al. (2003) pesquisam se a expressão da raiva seria diferente nas pessoas com dores de cabeça. Após terem controladas suas depressões e ansiedades, verificaram que essas pessoas mostraram mais dificuldade em expressar sua Raiva para Fora. Independentemente da depressão e ansiedade, as pessoas que sofriam de frequentes dores de cabeça apresentavam Traço de Raiva e Raiva para Dentro acima da média.

Na revisão da literatura, foram encontradas cerca de 67 pesquisas sobre raiva e distúrbios psicossomáticos, das quais 42 utilizaram o STAXI como instrumento, sendo 2 pesquisas da Alemanha, 3 da Itália, 1 da Inglaterra, 1 da Coréia, 1 da Finlândia, 1 da Holanda, 8 do Brasil, 24 dos Estados Unidos e 1 de Israel. Nesse levantamento prévio, não foi encontrada nenhuma pesquisa relacionando raiva com gastrite ou esofagite ou outro distúrbio gástrico.

### Aspectos simbólicos da raiva

A raiva é importante para a psique devido à sua capacidade de impulsionar ou destruir o movimento da vida para diante. Ela tanto pode possuir o indivíduo, “cegando-o”, quanto facilitar sua “visão” com uma tomada de consciência da situação.

Raiva e fúria encontram-se relacionadas por meio do processo de transformação psicológica. A fúria se mostra como uma possessão arquetípica, impedindo que o indivíduo faça uma reflexão consciente sobre seu significado. A raiva tem, segundo Martin (s.d.), muitas imagens simbólicas. Relaciona-se miticamente com os deuses gregos Ares e Hefesto, filhos da deusa Hera. Ares é fruto da rejeição de Hera por Zeus e da imensa fúria que essa rejeição causou nela.

Quando se encontra enfurecido, é como se estivesse “a caminho da guerra”. Sempre impulsivo, é considerado portador de discórdia. Ares provém de uma palavra grega que significa “empolgar-se” ou “destruir-se”. Na mitologia romana, o correspondente a Ares é Marte, deus da guerra e também da agricultura, da primavera e da vegetação, associado ao vir a ser. Na etimologia da palavra Marte, já

encontramos esses sentidos: Marte pode vir da raiz *mas*, que significa a “força geradora”, ou da raiz *mar* que significa “brilhar”. Era também chamado de *Marte Gradivus*, da palavra *grandiri*, que significa tornar-se grande, crescer (Greene & Sasportas, 1990).

Há, em nós, uma profunda força interna que faz com que aprendamos novas habilidades, desde que a raiva não seja contida, que possa ser canalizada adequadamente.

Com o intuito de desfazer-se de Hefesto, Hera atirou-o das plataformas do Olimpo. Hefesto é considerado possuidor de uma natureza vingativa e rude, sendo muito hábil em lidar com fogo, construindo muitos objetos de enfeite, adornos belos e preciosos, como também objetos de arte, com os quais presenteava os deuses do Olimpo. Segundo Martin (s.d, p. 6). Hefesto “traz com a fúria suas possibilidades inventivas de fazer símbolo. Enquanto Ares inflama em atividade exterior, Hefesto queima internamente, na imaginação”.

## A psicossomática

O trecho de Jung mostra a importância do simbolismo na psicossomática:

Corpo e psique são os dois aspectos do ser vivo, e isso é tudo o que sabemos. Assim, prefiro afirmar que os dois elementos agem simultaneamente, de forma milagrosa, e é melhor deixarmos as coisas assim, pois não podemos imaginá-las juntas. Para meu próprio uso, cunhei um termo que ilustra essa existência simultânea, penso que existe um princípio particular de sincronicidade ativa no mundo, fazendo com que fatos de certa maneira aconteçam juntos como se fossem um só, apesar de não captarmos essa integração. Talvez um dia possamos descobrir um novo tipo de método matemático, através do qual fiquem provadas essas identidades. Mas, atualmente, sinto-me totalmente incapaz de afirmar se é o corpo ou a psique que prevalece, ou se eles coexistem (Jung, [1935] 1997, p. 70).

## Contribuições da psicanálise

Na fase inicial da psicossomática, Franz Alexander, do Instituto de Psicanálise de Chicago, traz importante contribuição para os psicanalistas ao enfatizar que os fenômenos somáticos e psicológicos são somente dois aspectos de um mesmo processo, que ocorrem no mesmo organismo.

O sistema nervoso visa a manter a homeostase pelo princípio de divisão de trabalho. Ou seja, enquanto o sistema nervoso central se encarrega da regulação das relações com o mundo externo, o sistema nervoso autônomo controla os processos vegetativos internos, as condições internas do organismo (Alexander [1950] 1989, p. 50). Na “retirada vegetativa”, a pessoa reage retirando-se da ação, passando a um estado de dependência. Como exemplo, temos o caso do indivíduo fugindo de situações de perigo por meio de diarreia, de neurose gástrica vinculada à hiperacidez crônica, perante situações agressivas e perigosas e dos distúrbios funcionais do trato gastrointestinal.

Na escola francesa, predomina a tese central de Pierre Marty de que os pacientes psicossomáticos diferenciam-se dos demais pela pobreza do mundo simbólico, com dificuldade na apresentação de imagens mentais, sendo seu pensamento do tipo operatório.

Segundo Marty (1993), frente a situação de *stress*, os pacientes psicossomáticos, por incapacidade de simbolizar, reagiriam com uma doença somática. A dor representaria “um sintoma subjetivo expresso de maneiras diversas que possuem sempre uma significação” (p. 35).

## A psicossomática sob o enfoque da psicologia analítica

Dentro da Psicologia Analítica, usa-se o termo “psicossomático” quando se quer dizer que vemos o ser humano de uma forma integrada, em que “um sintoma seria uma representação simbólica de uma desconexão ou perturbação, no eixo ego-*Self*, o qual pode ser corporal (doença orgânica) ou psíquico (doença mental)” (Ramos, 1994, p. 47).

Tanto os processos do corpo quanto os processos mentais desenrolam-se simultaneamente e de modo misterioso. É por “termos uma cabeça lamentável” que não concebemos corpo e psique como

sendo uma única coisa, porém somos incapazes de perceber isso devido à nossa maneira de pensar (Jung, [1935] 1997).

Para que o ego mantenha sua saúde e integridade, é necessário que ele não se identifique com o pólo abstrato nem com o pólo orgânico, e sim que se esforce para percebê-los simultaneamente. A falta de ânimo para trabalhar pode ser considerada um tipo de anemia, que tanto pode ser uma alteração no nível das hemoglobinas como no nível da energia vital. A anemia é um símbolo revelador de uma disfunção em diferentes níveis. Uma doença pode ser indício de que há um complexo autônomo que precisa ter seus conteúdos reconhecidos pelo ego. Desse modo, ao englobar o aspecto psíquico e o somático de uma doença, pode ocorrer o desmanche do complexo, ou seja, sua assimilação pela consciência (Jung, [1942], 1982; Ramos, 1990, 1994; Byighton, 2002a, Vargas, 2002). Tudo o que nos acontece é expresso em nossa totalidade. Desse modo, por exemplo, o símbolo “depressão” encontra-se expresso em nosso corpo, assim como em nossas emoções, nossos relacionamentos e em nossa relação com o meio físico em que vivemos. É por ele que a simbologia do matriarcal é expressa. O matriarcal pode ser expresso pelo nosso corpo por meio de alterações da nutrição, como os transtornos alimentares, de disfunções de nosso sistema digestivo ou respiratório. Vargas (2002) não fala de um redutivismo, mas de uma sincronicidade entre distúrbios fisiológicos e os dinamismos de nossa personalidade.

Quando um indivíduo demonstra de forma semelhante as reações que tivera quando bebê, podemos dizer que houve má elaboração dessa fase, uma fixação em alguma etapa de seu desenvolvimento, um comportamento regressivo que, geralmente, remonta à primeira infância.

A satisfação da fome estaria associada ao sentimento de ser amado, de bem estar, de segurança. Sentimentos como temor, ira, raiva também podem ser expressos por meio de gastrite, refluxo, cólicas abdominais e diarreia em qualquer fase da vida. Ramos (1994) aponta que a dificuldade de simbolizar no nível abstrato poderia ser consequência de uma interrupção pré-matura da relação mãe-bebê.

Assim, o medo, em vez de transformar-se em processo mental estaria fixado no plano físico. Essa mesma relação poderá ser encontrada em um indivíduo adulto, quando, ao sentir medo, reagiria com sintomas orgânicos. Os problemas digestivos estão relacionados com o elemento terra e com o arquétipo da grande mãe.

O estômago tem a capacidade de acolhimento e é o local de depósito de tudo que foi engolido. A mucosa gástrica perde sua função de fronteira interna, de barreira, na gastrite. O excesso de acidez estomacal atua como sensação de pressão e impedimento à recepção de novas impressões.

O arquétipo em si não é nem positivo nem negativo, estando diretamente relacionado com a psique de cada indivíduo, a polaridade de sua expressão, por meio das imagens arquetípicas.

## Objetivos

Tem-se por hipótese de que a raiva está associada a níveis de intensidade alterados (altos ou baixos) nos níveis de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina e cortisol) e reações psicossomáticas, com sintomas típicos do sistema nervoso autônomo. A hipótese também se estende para indivíduos que apresentam estado de raiva crônica (Marino, 1975; Davidoff, 1983; Spielberger, 1992; Myers, 1999; Ballone, 2002).

A hipótese central pressupõe que, se os níveis destes hormônios – adrenalina, noradrenalina e cortisol – mantêm-se alterados por longo tempo, podem se relacionar a distúrbios orgânicos, entre eles uma alteração na barreira mucosa gástrica, com liberação de maior quantidade de pepsina favorecendo mais contrações peristálticas estomacais. Essas alterações continuadas da barreira mucosa gástrica leva a uma agressão ao estômago e à hipertrofia da função protetora das “paredes” do estômago. A continuidade e a intensidade desse processo de agressão estomacal associam-se às duas doenças-objeto deste estudo: as gastrites e as esofagites.

Pergunta-se, portanto: qual a forma de experiência de raiva de pacientes com gastrite e esofagite? Qual a forma de expressão de raiva de pacientes com gastrite e esofagite?

## Objetivos específicos

Observar se há diferenças significativas na forma de experiência de raiva entre homens e mulheres e nas diferentes faixas etárias em pacientes com gastrite e esofagite; observar se há diferenças significativas na forma de expressão de raiva entre homens e mulheres e, nas diferentes faixas etárias; comparar os resultados da raiva crônica entre os grupos com gastrite e esofagite, masculino e feminino, e entre as diversas faixas etárias.

## Método

Toda e qualquer ação ou tarefa do psicólogo implica em uma investigação do que está se passando no processamento de sua ação; há a observação, há a investigação contínua, na utilização de qualquer instrumento de trabalho do psicólogo. Ele investiga sempre, na prática clínica diária, no hospital. A prática clínica hospitalar é, verdadeiramente, o “Núcleo ou centro vital” da produção científica, podendo nós dizer que toda investigação científica tem seu lugar no processamento experiencial do psicólogo, no caso, o psicólogo hospitalar. Não é possível conceber um psicólogo que, como tal, não pratique a investigação. Ele está sempre observando, atento aos conhecimentos e às suas variações, estudando as necessidades, possibilidades e meios de mudança dos fenômenos que estão ocorrendo; o psicólogo investiga enquanto trabalha, durante o processamento de sua prática, de sua experiência (Neder, 1993, p. 2).

*Tabela 1: Caracterização dos sujeitos por faixa etária e gênero, masculino ou feminino*

Faixas etárias	Masculino	Feminino	Total
20 - 29 anos	8 - 19,5%	20 - 29,4%	28 - 25,7%
30 - 39 anos	12 - 29,3%	21 - 30,9%	33 - 30,3%
40 - 49 anos	12 - 29,3%	12 - 17,6%	24 - 22,0%
50 - 60 anos	9 - 22,0%	15 - 22,1%	24 - 22,0%
<b>Total</b>	<b>41 - 38,0%</b>	<b>68 - 62,0%</b>	<b>109 - 100,0%</b>

## Sujeitos

Foram selecionados para a presente pesquisa 109 sujeitos, 41 do sexo masculino e 68 do sexo feminino, pacientes conveniados do Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital e Maternidade Assunção, situado na cidade de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo.

Os critérios utilizados para a seleção foram:

- pacientes com faixa etária entre 20 e 60 anos;
- ter diagnóstico de gastrite e esofagite, realizado pela avaliação clínica do médico gastroenterologista e pelo resultado de endoscopia digestiva alta, sem biopsia.

A coleta de dados foi realizada no período de 28 de janeiro de 2002 a 26 de junho de 2002. Nos dois primeiros meses, houve um número maior de atendimentos, 67, sendo 24 do sexo masculino e 43 do sexo feminino. Nesse período, foram atendidos 557 pacientes no Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital e Maternidade Assunção, sendo que 19,56% eram portadores de gastrite e esofagite.

Nessa população, verificamos haver uma maior concentração de pacientes do sexo feminino (62%). Quanto à faixa etária, houve menor frequência de mulheres dos 40 a 49 anos (17,6%).

Participaram da pesquisa 109 pessoas: 41 do sexo masculino e 68 do sexo feminino 82,6% pacientes residentes em São Bernardo do Campo 8,3%, na cidade de Diadema 4,6%, em Santo André 2,8%, em São Caetano do Sul 0,9%, em São Paulo; 0,9%, em São Vicente.

Em relação ao estado civil, 24,8% são solteiros; 70,6% são casados; 0,9% são divorciados; 3,7% são viúvos. Em relação à escolaridade, 16,7% têm ensino fundamental, 1ª a 4ª série; 24,1% têm ensino fundamental, 5ª a 8ª série; 35,2%; ensino médio, 2,8%; colégio técnico; 8,3%, ensino superior incompleto; 13% têm ensino superior completo.

Em relação à religião, houve 71,6% de pacientes católicos; 13,8% evangélicos; 3,7% espíritas; 5,5% cristãos; 0,9% pentecostais; 4,6% de nenhuma religião. Em relação à faixa salarial; 18,3% apresentavam rendimento na faixa de 1 a 3 salários mínimos; 25,7%;



entre 4 a 6 salários; 39,4% entre 7 a 10 salários e 16,5% de 11 salários ou mais.

Em relação à profissão das pacientes, 67,1% eram donas de casa; 20,3% eram estudantes; 12,6%, exerciam outras profissões (enfermeiras, secretárias, esteticistas, analistas). Quanto aos pacientes 41,7% eram operadores (de máquina, de produção, químicos, de caixa); 19,5% eram ajudantes gerais, classificadores e conferentes; 12,2% eram aposentados; 4,9% eram analistas, 4,9% eram segurança; 9,8% eram autônomos.

## 1 – Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: fichas médicas dos pacientes, Inventário de Expressão de Raiva Como Estado e Traço (STAXI); entrevista semidirigida com os pacientes.

### 1.1 – Fichas médicas dos pacientes

Nas fichas médicas dos pacientes, havia informações sobre dados de identificação, queixa apresentada nas consultas médicas, descrição dos sintomas, evolução e/ou remissão dos respectivos sintomas. Também as prescrições médicas relacionadas às solicitações de exame, como medicamentos e anotações do parecer médico.

### 1.2 – Inventário de Expressão de Raiva Como Estado e Traço (STAXI)

O Inventário de Expressão de Raiva Como Estado e Traço (STAXI) foi escolhido por fornecer medidas da experiência e expressão de raiva. A experiência de raiva, segundo Spielberger (1992), autor do inventário, possui dois componentes: estado e traço de raiva. A expressão da raiva está relacionada com a direção da raiva e tem quatro componentes: raiva para dentro, raiva para fora, controle de raiva e expressão da raiva.

O STAXI consiste em 44 itens, formando 6 escalas e 2 subescalas, aqui descritas conforme seu significado:

### 1.2.1 – *Experiência de raiva*

Estado de Raiva: possui 10 itens, os quais medem a intensidade dos sentimentos de raiva naquele momento determinado, define estado de raiva como “um estado emocional caracterizado por sentimentos subjetivos variando em intensidade, que vai desde um leve aborrecimento ou irritação até a fúria intensa ou cólera” (Spielberger, 1992, p. 9). Geralmente, é acompanhado por excitação e tensão muscular, sendo que sua intensidade varia em função de como a injustiça, ataque ou tratamento injusto pelos outros é percebida.

Traço de Raiva: possui 10 itens que medem as diferenças individuais relacionadas à disposição do indivíduo para vivenciar a raiva. Segundo Spielberger (1992), estado de raiva é:

a disposição de perceber uma gama diversa de situações como desagradáveis e frustradoras e a tendência a reagir a tais situações com reações mais freqüentes no Estado de Raiva. Os indivíduos com um Traço de Raiva muito alto experienciam o Estado de Raiva mais freqüentemente e com maior intensidade do que os indivíduos com um Traço de Raiva baixo (p. 9).

Essa escala possui duas subescalas que são Temperamento de Raiva e Reação de Raiva.

Temperamento de Raiva: é uma subescala de quatro itens, medindo a propensão geral que o indivíduo possui para vivenciar e expressar a raiva sem ter havido uma provocação específica.

Reação de Raiva: é uma subescala, que contém quatro itens e mensura diferenças individuais nas reações de raiva relacionadas com situações que envolvem frustração, avaliações negativas, críticas ou tratamento injusto.

### 1.2.2 – *Expressão de raiva*

Raiva para Dentro: contém oito itens e é uma escala de expressão de raiva. Mede a freqüência com que os sentimentos de raiva são guardados, reprimidos ou direcionados para o ego ou para o eu, resultando, às vezes, em sentimento de culpa e depressão, sendo, muitas vezes sem consciência do sentimento de raiva em si.

Raiva para Fora: é uma escala de expressão de raiva, contém oito itens e mensura a frequência com que o indivíduo expressa a raiva em relação a outras pessoas e/ou objetos. Ela pode ser expressa por meio de agressões físicas ou verbais.

Controle da Raiva: contém oito itens; é uma escala de expressão de raiva e mensura a frequência, o grau em que cada indivíduo tenta controlar a expressão da raiva.

Expressão da Raiva: os 24 itens dessa escala baseiam-se nos itens das escalas Raiva para Dentro, Raiva para Fora e Controle de Raiva, fornecendo um índice geral sobre a frequência da raiva externada, não levando em consideração a direção de sua expressão. Assim, neste trabalho, nomeamos como Somatório de Expressão de Raiva o que o autor do teste nomeia como Expressão de Raiva.

Para cada um desses 44 itens da escala, os sujeitos assinalaram um dos quatro pontos de frequência: 1) quase nunca; 2) algumas vezes; 3) frequentemente; 4) quase sempre. Esses pontos avaliam “a intensidade dos sentimentos de raiva ou a frequência com que a raiva é vivenciada, expressa, reprimida ou controlada” (Spielberger, 1992, p. 9).

O STAXI é composto de três partes com instruções diferentes para cada uma, sendo a primeira “como me sinto agora”; a segunda, “como eu geralmente me sinto”; e a terceira, “quando estou com raiva ou furioso”.

Spielberger (1992) recomenda que, ao aplicar-se o teste, deve-se dizer ao examinando que o “STAXI é um questionário sobre sentimentos, atitudes e comportamentos” (p. 11).

Quando um indivíduo apresenta alto índice, percentil acima de 75, nas três subescalas Estado de Raiva, Raiva para Dentro e Traço de Raiva, isso significa que ele possui Raiva Crônica.

O STAXI foi avaliado conforme as normas e tabelas apresentadas no Manual de Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI). Tradução e adaptação para o Brasil feita pela profa. dra. Angela M. B. Biaggio, PhD da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Foram utilizadas as normas e tabelas para a população brasileira. “Percentis acima de 75 foram considerados altos, menor que 25 foram considerados baixo, e médio

percentil, entre 25 e 75” (p. 38-40). Há uma tabela para o sexo masculino e outra para o sexo feminino. Spielberg tomou esse cuidado ao elaborar uma tabela para cada gênero, por considerar que a experiência e a expressão de raiva diferem nos homens e nas mulheres, devido a diferenças orgânicas, sociais e culturais.

Spielberger (1992) dividiu sua amostra normativa em três grupos etários: 18 a 30 anos, 31 a 40 anos e 41 anos em diante. Fez uma tabela para adolescentes (13 a 18 anos), uma para estudantes universitários e outra para adultos, sempre diferenciando os gêneros. Na validação para o Brasil, somente temos tabelas para o grupo masculino e feminino acima dos 18 anos.

A consistência interna de cada uma das oito escalas foi avaliada mediante o alfa de Crombach. Os valores foram todos significantes, variando de 0,68 a 0,88.

A fidedignidade de cada item foi calculada mediante correlações entre item e o total de pontos na subescala a que pertence. Para esse tipo de análise, são aceitáveis correlações de 0,30.

Os resultados foram considerados bons, pois das 52 correlações computadas, 47 são significantes ( $p < 0,01$ ), duas não atingiram significância, porém são positivas e maiores que 0,30, e apenas três são menores que 0,30.

As correlações das oito escalas, entre os escores totais em inglês e escores totais em português, foram fortes, com coeficientes variando entre 0,74 e 0,94. Todas foram estatisticamente significantes com  $p < 0,001$ . Isso significa que a tradução do teste está equivalente ao original, e que os sujeitos bilíngües obtêm resultados semelhantes fazendo o teste em português ou em inglês.

### 1.2.3 – Entrevista semidirigida

A entrevista foi elaborada a fim de verificar os dados relativos a escolaridade, tempo de casamento, salário mínimo de referência, religião e quais sintomas o paciente sentia e sente devido à gastrite e esofagite, quais emoções se associam ao surgimento do sintoma e quais associam à atual “crise”; se esse distúrbio é frequente ou não, se houver períodos ausentes e a que eles relacionam essa “supressão” do sintoma.

### 1.3 – Procedimentos

Os procedimentos se referem ao local de coleta de dados, os prontuários de análise e a aplicação do Inventário de Spielberger.

#### 1.3.1 – Local

A coleta dos dados foi realizada no Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo, do Hospital e Maternidade Assunção, situado na cidade de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo. Esse hospital é particular e atende, também, a convênios de saúde.

#### 1.3.2 – Fichas médicas

Na leitura e nas anotações, foi feito um levantamento a respeito de quanto tempo o paciente apresenta o quadro de gastrite e/ou esofagite, qual o procedimento médico realizado, quais exames foram solicitados e realizados.

Nessas fichas, encontramos toda a história do paciente, pois nela estavam informações das diversas especialidades pelas quais o paciente tinha passado. Percebemos que quatro pacientes vieram encaminhados pelo otorrinolaringologista devido a uma tosse que não cedia, estando ela relacionada à esofagite com refluxo. Havia algumas co-morbidades que não foram analisadas por não ser esse o objetivo deste trabalho.

É importante ressaltar que essa visão holística existente no Ambulatório do Hospital e Maternidade Assunção foi fundamental para a pesquisa psicossomática, pois, pelas fichas médicas, era claramente percebido o cuidado psicossomático e a evolução clínica do paciente, com intercorrências e co-morbidades existentes na história clínica de cada paciente. Essa pesquisa foi, portanto, apenas um recorte das preciosas informações clínicas contidas no prontuário dos pacientes.

#### 1.3.3 – Aplicação do *STAXI* e da entrevista semidirigida

Os pacientes nos eram encaminhados pelo gastroenterologista, com diagnóstico de portador de gastrite e/ou esofagite, pela sintomatologia e pelo resultado da endoscopia digestiva alta (E.D.A.). Após explicação da pesquisa e tendo sido assinado o termo da au-

torização, foi aplicado o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI), esclarecendo-se as dúvidas do paciente, caso houvesse, e, depois, era realizada a entrevista semidirigida, abordando dados de identificação e outros esclarecimentos.

Foi explicado ao paciente que ele poderia saber o resultado do STAXI no seu próximo retorno à consulta com o gastroenterologista.

## Resultados

A análise estatística dos resultados obtidos, após avaliação do STAXI, foi feita utilizando-se o “Teste de Qui-quadrado” (*Chi-square Test*) e o “Teste de Probabilidade Exata, de Fisher” (*Fisher’s Exact Test*), para relação entre duas variáveis. Quando a probabilidade do resultado obtido era menor ou igual a 5%, o produto foi considerado estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Esse procedimento foi realizado nas oito categorias que o STAXI mensura. Para cada categoria, houve, também, análises separadas tanto em relação à variável sexo, quanto às faixas etárias. Para a Raiva Crônica, foi pesquisado se existe diferença significativa em relação às variáveis sexo e faixas etárias.

Para medir as relações entre todas as variáveis, isto é, realizar uma análise multivariada, foi realizada a Análise Fatorial dos resultados obtidos pela entrevista semidirigida e do STAXI.

## 2. Caracterização dos sujeitos da população estudada

Houve maior incidência de mulheres com gastrite e esofagite na amostra pesquisada, sendo estatisticamente significativa a diferença da proporção relativa para homens e mulheres, que frequentaram o Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo nesse período. A prevalência geral foi de 19,57%, sendo 21,45% para as mulheres e 17,08% para os homens (veja Tabela 2).

### 2.1. Categorias do STAXI

As categorias Traço de Raiva, Temperamento de Raiva, Raiva para Dentro e Somatório de Expressão de Raiva apresentaram maior concentração de percentis acima da média, enquanto que os percentis de Raiva para Fora se encontram abaixo da média. Esses dados mostram que todos os sujeitos estudados têm dificuldade em expressar sua raiva.

**Tabela 2:** Prevalência e incidência de gastrite e esofagite no Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital e Maternidade Assunção. Não houve diferença entre a proporção de homens e mulheres no grupo de gastrite-esofagite quando comparada ao grupo de pacientes com outras moléstias do mesmo ambulatório no mesmo período ( $\chi^2=1,68$ ;  $df=1$ ;  $p=0,05$ ).

Pacientes	Homens	%	Mulheres	%	Subtotal	%
Pacientes do Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo COM gastrite e esofagite	41	37,61	68	62,39	109	100,00
Frequência relativa de gastrite e esofagite (prevalência)	0,17	17,08	0,21	21,45	0,19	19,57
Pacientes do Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo SEM gastrite e esofagite	199	44,42	249	55,58	448	100,00
Frequência relativa (prevalência)	0,83	82,92	0,79	78,55	0,80	80,43
Subtotal (N)	240	43,08	317	56,92	557	— -

### 2.1.1 – Experiência de raiva em pessoas com gastrite e esofagite – Estado de Raiva

Dos 109 sujeitos, 76 apresentam resultado fora da média para a categoria Estado de Raiva, sendo 29 do sexo masculino e 47 do sexo feminino.

Observamos que não houve diferença significativa entre o grupo masculino e o feminino em relação à categoria Estado de Raiva. Entretanto, as mulheres apresentam a categoria Estado de Raiva abaixo da média, sendo estatisticamente significativa a diferença em relação à média.

Dos 109 sujeitos da população estudada, 76 apresentam resultado fora da média para a categoria Estado de Raiva, sendo 17 da faixa etária entre 20 a 29 anos; 26 da faixa etária entre 30 a 39 anos; 18 da faixa etária 40 a 49 anos e 15 da faixa etária 50 a 60 anos. Existiu associação significativa entre faixa etária e categoria Estado de Raiva. Na faixa etária 50 a 60 anos, houve maior incidência de Estado de Raiva, nos percentis abaixo da média, sendo a diferença estatisticamente significativa, em relação à média.

### TRAÇO DE RAIVA

Dos 109 sujeitos, 58 apresentaram resultado acima da média, com percentil alto, acima de 75, para a categoria Traço de Raiva, sendo 25 do sexo masculino e 33 do sexo feminino.

Houve diferença significativa em relação à variável sexo. Na categoria Traço de Raiva, os homens apresentaram percentis acima da média. Dos 109 sujeitos da população estudada, 58 apresentaram resultado acima da média para a categoria Traço de Raiva, sendo 16 da faixa etária entre 20 a 29 anos; 14 da faixa etária entre 30 a 39 anos; 16 da faixa etária 40 a 49 anos e 12 da faixa etária 50 a 60 anos.

Não existiu associação significativa entre faixa etária e categoria Traço de Raiva. Entretanto, na faixa etária entre 40 a 49 anos, observou-se uma diferença estatisticamente significativa em relação à média, estando acima desse valor.

### TEMPERAMENTO DE RAIVA

Dos 109 sujeitos, 58 apresentam resultado acima da média, com percentil acima de 75 para a categoria Temperamento de Raiva, sendo 28 do sexo masculino e 30 do sexo feminino.

Não houve diferença significativa em relação à variável sexo, categoria Temperamento de Raiva. Nessa categoria, tanto os homens quanto as mulheres apresentaram percentis acima da média, sendo estatisticamente significativa essa diferença.

Em relação à idade, dos 109 sujeitos da população estudada, 58 apresentaram resultado acima da média para a categoria Temperamento de Raiva, sendo 15 da faixa etária entre 20 a 29 anos; 16 da faixa etária entre 30 a 39 anos; 17 da faixa etária 40 a 49 anos e 10 da faixa etária 50 a 60 anos.

Não existiu associação significativa entre faixa etária e categoria Temperamento de Raiva. Em todas as faixas etárias, os percentis se encontram acima da média, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

### REAÇÃO DE RAIVA

Dos 109 sujeitos, 56 apresentaram resultado acima da média,



superior ao percentil 75, para a categoria Reação de Raiva, sendo 21 do sexo masculino e 35 do sexo feminino.

Houve diferença significativa em relação à variável sexo. Na categoria Reação de Raiva, os homens apresentaram percentis acima da média, enquanto que o das mulheres foi abaixo da média.

Dos 109 sujeitos da população estudada, 56 apresentaram resultado abaixo da média para a categoria Reação de Raiva, sendo 15 da faixa etária entre 20 a 29 anos; 19 da faixa etária entre 30 a 39 anos; 11 da faixa etária 40 a 49 anos e 11 da faixa etária 50 a 60 anos.

Não existiu associação significativa entre faixa etária e categoria Reação de Raiva. Na faixa etária 40 a 49 anos, há uma tendência à elevação da Reação de Raiva, e, na faixa etária 50 a 60 anos, os percentis estão abaixo da média, ou seja, há uma tendência à diminuição da Reação de Raiva.

### *2.1.2 – A expressão de raiva na população estudada*

#### RAIVA PARA DENTRO

Dos 109 sujeitos, 73 apresentaram resultado acima da média para a categoria Raiva para Dentro, sendo 30 do sexo masculino e 43 do sexo feminino.

Não houve diferença significativa em relação à variável sexo na categoria Raiva para Dentro. Porém, tanto o grupo masculino quanto o feminino apresentaram maior concentração em Raiva para Dentro, com percentis acima da média, tendo sido essa diferença estatisticamente significativa.

Dos 109 sujeitos da população estudada, 73 apresentam resultado acima da média para a categoria Raiva para Dentro, sendo 18 da faixa etária entre 20 a 29 anos; 20 da faixa etária entre 30 a 39 anos; 17 da faixa etária 40 a 49 anos e 18 da faixa etária 50 a 60 anos.

Os dados não confirmaram a existência de associação significativa entre faixa etária e categoria Raiva para Dentro. Em todas as faixas etárias, a categoria Raiva para Dentro mostrou percentis acima da média, com diferença estatisticamente significativa.

### RAIVA PARA FORA

Dos 109 sujeitos, 84 apresentam resultado acima da média para a categoria Raiva para Fora, sendo 24 do sexo masculino e 60 do sexo feminino.

Observou-se que houve uma diferença significativa em relação à variável sexo. Na categoria Raiva para Fora, as mulheres apresentam maior índice nos percentis abaixo da média.

Dos 109 sujeitos da população estudada, 84 apresentar resultado abaixo da média para a categoria Raiva para Fora, sendo 22 da faixa etária entre 20 a 29 anos; 24 da faixa etária entre 30 a 39 anos; 21 da faixa etária 40 a 49 anos e 17 da faixa etária 50 a 60 anos. Não existiu associação significativa entre faixa etária e categoria Raiva para Fora. Em todas as faixas etárias, os percentis se encontravam abaixo da média, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

### CONTROLE DE RAIVA

Dos 109 sujeitos, 63 apresentaram resultado acima da média para a categoria Controle de Raiva, sendo 22 do sexo masculino e 41 do sexo feminino.

Não houve diferença significativa em relação à variável sexo, na categoria Controle de Raiva. Assim, como também, não houve diferença significativa entre o grupo masculino e feminino, em relação às médias.

Dos 109 sujeitos da população estudada, 63 apresentam resultado acima da média para a categoria Controle de Raiva, sendo 18 da faixa etária entre 20 a 29 anos; 20 da faixa etária entre 30 a 39 anos; 13 da faixa etária 40 a 49 anos e 12 da faixa etária 50 a 60 anos.

Não houve associação significativa entre faixa etária e categoria Controle de Raiva. Na faixa etária entre 20 a 29 anos, o Controle de Raiva é baixo, sendo esse resultado estatisticamente significativo, enquanto que, na faixa etária 50 a 60 anos, há uma tendência à elevação do Controle de Raiva.

Dos 109 sujeitos, 63 apresentam resultado acima da média para a categoria Somatório da Expressão de Raiva, sendo 23 do sexo masculino e 40 do sexo feminino.

Não houve diferença significativa em relação à variável sexo. Entretanto, os homens apresentam a categoria Somatório da Expressão de Raiva acima da média, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Dos 109 sujeitos da população estudada, 63 apresentam resultado acima da média para a categoria Somatório da Expressão de Raiva, sendo 13 da faixa etária entre 20 a 29 anos; 20 da faixa etária entre 30 a 39 anos; 15 da faixa etária 40 a 49 anos e 15 da faixa etária 50 a 60 anos.

Houve associação significativa entre faixa etária e categoria Somatório da Expressão de Raiva. Na faixa etária 50 a 60 anos, os percentis encontram-se abaixo da média. Nas faixas etárias 20 a 29 anos e 40 a 49 anos, houve maior concentração de percentis acima da média, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

## 2.2 – Raiva crônica na população estudada

Nessa população, houve maior incidência de Raiva Crônica no sexo masculino, sendo estatisticamente significativa a diferença entre os gêneros, ou seja, os homens apresentam alto índice de Raiva Crônica.

Não houve associação significativa entre faixa etária e Raiva Crônica. Houve um índice maior na faixa etária 40 a 49 anos, sendo esse resultado estatisticamente significativo, em relação às demais faixas etárias.

## 2.3 – Diagnósticos e sintomas

Pela entrevista semidirigida, foram obtidos resultados importantes para o diagnóstico, sintomas, regularidade às consultas e adesão ao uso de medicamentos.

Observou-se que a incidência de gastrite foi a mesma entre homens e mulheres: 87,8% dos homens tinham o diagnóstico de gastrite, e, nas mulheres, o número foi igual a 87,2%. Entretanto, os homens (61,0%) apresentaram maior índice de co-morbidade com a esofagite do que as mulheres (34,0%). Alguns pacientes tinham mais que um distúrbio.

Apenas 17,1% dos homens e 35,8% das mulheres retornaram às consultas, mas a aderência ao medicamento foi igual estatisticamente entre os dois grupos: 87,8% no grupo masculino, e 88,2% no grupo feminino.

O menor índice de retorno às consultas foi no grupo de pessoas entre 20 e 29 anos, e, nas demais faixas etárias, o índice de retorno foi igual entre elas. A faixa etária 40 a 49 anos é a que apresentou maior grau de aderência ao uso de medicação.

Observou-se que a dor na boca do estômago, azia, acidez, queimação e bolo queimando dentro do estômago eram os sintomas mais freqüentes, tanto nos homens quanto nas mulheres.

#### 2.4 – Associação: emoções – sintomas

Utilizando-se os dados de entrevista semidirigida, consideramos importante as relações das emoções assinaladas pelos pacientes da nossa população, em relação à primeira crise de gastrite e esofagite, como nas crises do momento atual.

Observou-se que tanto no grupo masculino quanto no feminino, houve percepção da relação gastrite/esofagite com as emoções, principalmente na crise do momento atual.

Os pacientes associaram a primeira vez que tiveram gastrite e esofagite a algumas emoções, relacionadas a seguir. Alguns apontaram duas a três emoções, e outros fizeram associação com outras situações. Predominaram as relações de emoções relacionadas à crise atual, porém alguns pacientes assinalaram mais que uma emoção. O índice maior foi de *stress*, tanto nos homens quanto nas mulheres, seguido de nervosismo no trabalho, e nervosismo em geral nos homens, e de ansiedade nas mulheres. Também foram citadas algumas situações associadas à crise de gastrite e esofagite no momento atual (ver Tabela 3).

Pelos dados de entrevista semidirigida e pelos resultados do STAXI, fizemos análise fatorial dos produtos. A população foi dividida em três agrupamentos, segundo a nuvem de pontos: 1) predominância de sintomas no sexo feminino; 2) sem diferenças entre os gêneros masculino e feminino; 3) predominância de sintomas no sexo masculino.

**Tabela 3:** Comparação de percentis de categorias de raiva no STAXI entre (a) homens e mulheres, e (b) destes com a média geral da população. Uma síntese dos resultados obtidos referentes tanto à diferença entre os grupos masculino e feminino, quanto dentro de cada grupo do mesmo sexo em relação à média.

Experiência de raiva (Staxi)	Homens Z <sub>o</sub>	Conclusão p? 0,05	Mulheres Z <sub>o</sub>	Conclusão p? 0,05	Comparação de gêneros
Temperamento de raiva	0,000	Acima da média	0,001	Acima da média	NS (dif. não significativa)
Reação de raiva	0,127	Acima da média	0,004	Abaixo da média	Significante Masc > Fem
Estado de raiva	0,853	NS (dif. não significativa)	0,013	Acima da média	NS (dif. não significativa)
Traço de raiva	0,003	Acima da média	0,602	NS (dif. não significativa)	Significante Masc > Fem
Expressão de raiva (Staxi)	Homens Z <sub>o</sub>	Conclusão p? 0,05	Mulheres Z <sub>o</sub>	Conclusão p? 0,05	Comparação de gêneros
Raiva para fora	0,414	Abaixo da média	0,000	Abaixo da média	Significante Masc > Fem
Raiva para dentro	0,001	Acima da média	0,001	Acima da média	NS (dif. não Significante)
Expressão de raiva	0,007	Acima da média	0,206	NS (dif. não significativa)	NS (dif. não Significante)
Controle de raiva	0,670	NS (dif. não significativa)	0,876	NS (dif. não significativa)	NS (dif. não significativa)

### Traços e estados psicológicos no gênero masculino

Pela nuvem de pontos, o primeiro agrupamento, classe 1/3 – caracterizado pelo sexo feminino apresentou baixo percentil em Traço de Raiva, Somatório Expressão de Raiva, Temperamento de Raiva, Reação de Raiva e Raiva para Fora. O índice do Estado de Raiva foi médio. As pacientes do sexo feminino relacionaram ter passado por *stress* quando apresentaram a primeira crise de gastrite, mas não na crise atual. Também apresentaram vômito relacionado ao sintoma da gastrite.

### Sem diferenças entre os gêneros masculino e feminino

O segundo agrupamento, classe 2/3, não apresentou diferenças entre o sexo masculino e feminino. Nesse grupo, o Somatório Ex-

**Tabela 4:** *Síntese dos resultados obtidos entre as quatro faixas etárias e de cada faixa etária em relação à média. Em todas as faixas etárias, estão superiores à média duas categorias, com  $p < 0,05$ : (a) Temperamento de raiva (Experiência de raiva) e (b) Raiva para dentro (Expressão de raiva). Inferior à média, com  $p < 0,05$ , está a Raiva para fora (Expressão de raiva), que corresponde à expressão engolir sapo venenoso e, como consequência, ter má digestão. Os mais jovens tem  $p < 0,05$  em Controle de raiva e apenas os mais idosos (50-59 anos, apresentaram somatório de Expressão de Raiva com percentil abaixo de 25.*

Categorias do STAXI Experiência de raiva	20-29 anos	Conclusão $p < 0,05$	30-39 anos	Conclusão $p < 0,05$	40-49 anos	Conclusão $p < 0,05$	50-59 anos	Conclusão $p < 0,05$
Estado de raiva	0,225	Percentil ? 25	0,433	Percentil ? 75	0,637	NS	0,001	Percentil ? 25
Reação de Raiva	0,439	NS	0,251	Percentil ? 25	0,366	Percentil ? 75	0,132	Percentil ? 25
Temperamento de raiva	0,005	Percentil ? 75	0,046	Percentil ? 75	0,000	Percentil ? 75	0,050	Percentil ? 75
Traço de raiva	0,134	Percentil ? 75	0,593	NS	0,012	Percentil ? 75	1,000	NS
Categorias do STAXI Expressão de raiva	20-29 anos	Conclusão $p < 0,05$	30-39 anos	Conclusão $p < 0,05$	40-49 anos	Conclusão $p < 0,05$	50-59 anos	Conclusão $p < 0,05$
Controle de raiva	0,050	Percentil ? 25	0,371	NS	0,405	NS	0,248	Percentil ? 75
Raiva para dentro	0,050	Percentil ? 75	0,025		0,002	Percentil ? 75	0,050	Percentil ? 75
Raiva para fora	0,003	Percentil ? 25	0,001	Percentil ? 25	0,005	Percentil ? 25	0,000	Percentil ? 25
Somatório de Experiência de raiva	0,013	Percentil ? 75	0,180	Percentil ? 75	0,020	Percentil ? 75	0,439	Percentil ? 25

pressão da Raiva é de índice médio. Apresentaram refluxo e queimação relacionados à gastrite, além de brigas familiares, ansiedade e nervosismo. A religião predominante, nesse grupo, é a evangélica.

### **Traços e estados psicológicos no gênero masculino**

O terceiro agrupamento, classe 3/3, caracterizado pelo sexo masculino, apresentou percentil alto em Raiva para Fora, Somatório

**Tabela 5:** *Discriminação das emoções associadas aos primeiros distúrbios: houve forte correlação ( $r_s=0,743$ ) entre as categorias de estados emocionais associadas a crises de gastrite e esofagite, por homens e mulheres do Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Assunção, de Santo André.*

Categorias emocionais	Feminino	Masculino
1. Stress	70,6	80,5
2. Ansiedade	52,9	14,6
3. Raiva, irritação	26,5	28,8
4. Nervosismo	17,6	41,5
5. Nervosismo no trabalho	11,8	43,9
6. Situações novas	11,8	7,3
7. Morte de alguém próximo	10,3	0,0
8. Provas, exames	2,9	9,8
9. Preocupação	2,9	2,4
10. Perda afetiva	1,5	4,9
11. Brigas familiares	1,5	2,4

Expressão de Raiva, Traço de Raiva, Reação de Raiva e Temperamento de Raiva. Os pacientes assinalaram que sentiam dor no lado do abdômen quando a gastrite se manifestava. Esse grupo também associou problemas em serviço, nervosismo no trabalho e nervosismo, no geral, como possíveis desencadeadores da gastrite.

## Discussão

Para a Psicologia Simbólica, quando qualquer função estruturante atua de forma livre e criativa, por mais contundente e sofrida que seja, sua tendência é para o crescimento da Consciência, o caminho do Bem e a

auto-realização do Processo de Humanização. Por outro lado, quando uma função estruturante sofre uma fixação e passa a atuar na Sombra, de forma inadequada, dentro da compulsão de repetição e da resistência, como descobriu Freud, mesmo que ela seja tão suave quanto o carinho, sua tendência é a inadequação existencial, a destrutividade e o *Mal* (Byington, 2002, p. 22).

De um modo análogo à apresentação dos resultados, iniciaremos a discussão verificando a forma de Experiência e Expressão de Raiva, segundo o STAXI, na população estudada, considerando sexo e faixas etárias. Posteriormente, analisaremos a Raiva Crônica.

Na população atendida no Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital e Maternidade Assunção, o número de mulheres é maior que o dos homens. Porém, não podemos afirmar que as mulheres sejam mais vulneráveis à gastrite e esofagite, mas, sim, que há maior presença de mulheres nos atendimentos médicos, seja em nível de prevenção primária ou de tratamento, como nos mostra Duprat (1999).

No que diz respeito à experiência de raiva, isto é, como a pessoa a vivencia dentro de si, no teste, foi medido pelas categorias Estado, Traço, Temperamento e Reação de Raiva.

Os sujeitos da nossa pesquisa parecem vivenciar sentimentos de raiva freqüentes, sentindo-se injustiçados pelos outros, e tendem, também, a ter um grande número de frustrações, reais ou imaginárias, sendo uma das características de traço de personalidade (Traço de Raiva). Os homens apresentaram resultados mais altos que as mulheres, assim como esses traços são maiores nas pessoas de 20 a 29 anos e 40 a 49 anos. Nossos resultados, em parte, coincidem com os de Spielberg (1992), que encontrou, em sua amostra normativa, índices mais altos nos jovens entre 18 a 30 anos, nas categorias Estado, Traço e Raiva para Fora.

As pessoas da população estudada possuem um temperamento explosivo, sendo, freqüentemente, impulsivas e, geralmente, têm pouco controle em como lidar com a raiva, sentindo-a, mesmo que não tenha acontecido algum fator concreto, externo, que pudesse



provocá-la. Não são pessoas rancorosas e nem vingativas em relação aos outros, porém apresentam esses sentimentos em direção a si próprios (Temperamento de Raiva).

Os homens da nossa pesquisa parecem ser altamente sensíveis a avaliações negativas, afrontas e críticas, vivenciando fortes sentimentos de raiva, nessas situações, bem mais que as mulheres (Reação de Raiva). As pessoas entre 40 a 49 anos apresentaram essas reações, mais acentuadamente, que as demais idades, talvez por ser, para a maioria das pessoas, um período de revisão do que foi conseguido, podendo haver mais conflitos nas pessoas dessa faixa etária. Nas de 50 a 60 anos, há uma tendência à diminuição desses sentimentos, possivelmente porque nessa idade, o controle sobre os impulsos está maior.

Verificamos que essa população, no momento da pesquisa, não apresentava sinais nem sentimentos subjetivos de aborrecimentos, irritação, fúria ou cólera. Assim, o Estado de Raiva estava dentro do esperado. Entretanto, as mulheres apresentaram a intensidade de raiva vivenciada naquele momento abaixo dos homens. O mesmo resultado encontramos nas pessoas de 50 a 60 anos. Sabemos que a categoria Estado de Raiva está relacionada a como a pessoa se sente no momento, é situacional, e algumas pessoas da nossa pesquisa comentaram: “Se fosse ontem, as respostas seriam bem diferentes, pois tive uma briga, ou, eu estava muito brava” (sic).

Spielberger (1992) encontrou Estado de Raiva alto em estudantes universitários masculinos, cursando o início do primeiro ano da academia militar. Resultado semelhante foi apresentado por pacientes hipertensos, após terem realizado tarefa levemente frustrante, como, também, nesses pacientes, a Reação de Raiva estava alterada, mais acentuada.

Na literatura pesquisada, não encontramos pesquisas relacionadas à gastrite e esofagite utilizando o instrumento STAXI, ou, também, com a emoção raiva. Sendo assim, trouxemos dados relacionados a outros distúrbios. Conclusões semelhantes e com resultados altos em Traço de Raiva, Temperamento de Raiva e Reação de Raiva foram encontrados em diversas pesquisas. Waldstein et al. (1990) relacionaram colesterol alto com Traço de Raiva acima da média.

Lummertz e Biaggio (1990) verificaram correlação positiva entre tendência a assumir riscos e Temperamento de Raiva alto, em pessoas sem patologia definida.

Crusius, Mattos e Biaggio (1990), em pesquisa correlacionando o STAXI com o Teste de Frustração de Rosenzweig, encontraram correlação positiva entre Traço de Raiva, Reação de Raiva e “extrapunitividade”, isto é, agressão direcionada para o exterior, na amostra feminina, e, na amostra masculina, a correlação positiva entre Traço de Raiva e “intrapunitividade”, isto é, agressão dirigida para o próprio sujeito.

Entretanto, a análise da pesquisa aqui relatada aponta para resultados diferentes, pois ambos, homens e mulheres, apresentaram a raiva dirigida para dentro, para o próprio indivíduo.

Saccomori (1997) encontrou resultados acima da média em Traço de Raiva nas pessoas acidentadas no trabalho e no trânsito. Milligan e Waller (2000) e Fassino et.al. (2001) encontraram Estado e Traço de Raiva alto em pacientes com bulimia e anorexia nervosa. Nos nossos pacientes portadores de gastrite e esofagite, encontramos resultado semelhante somente no Traço de Raiva acima da média. Essa categoria, com resultado alterado, acima da média, também foi encontrado por Venable, Carlson e Wilson (2001) em pacientes com dores de cabeça periódicas constantes, e, por Kim et.al. (2002), em pacientes após ataque cardíaco. Siegman et.al. (2002) verificaram a correlação de Traço e Temperamento de Raiva altos, com alterações fisiológicas: baixa densidade de lipoproteínas (LDL), alta densidade de lipídeos (TSC/HDL), alto nível de triglicérides e alto nível de glicose.

Em relação à expressão da raiva, ou seja, a sua direção, a população estudada demonstra vivenciar sentimentos de raiva intensos, porém os reprimem, tendendo a não expressá-los, tanto em comportamentos verbais, quanto físicos. Parecem guardar esses sentimentos dentro de si, direcionando-os para seu eu, sendo que nem sempre possuem consciência de sua raiva (Raiva para Dentro).

Essas pessoas com gastrite e esofagite avaliadas não expressam sua raiva por meio de comportamentos agressivos, dirigidos a outras pessoas ou objetos. Elas são incapazes de exteriorizar seu sentimento de

raiva por gestos, como, por exemplo, bater porta, atirar coisas, ou por atos físicos diversos, como também não dirigem-se às pessoas por palavras, sarcasmo, ameaças, críticas ou insultos (Raiva para Fora). Parece que todos esses atos são direcionados ao seu eu, como vimos em Raiva para Dentro. Esse resultado apareceu tanto nos grupos masculino e feminino, quanto em todas as faixas etárias.

Como já foi visto, as pessoas com idade maior, isto é, entre 50 a 60 anos, investem uma grande quantidade de energia para controlar seus impulsos, assim, como também, para não expressar e externalizar a raiva. O mesmo não acontece com os mais jovens, entre 20 a 29 anos, os quais são mais impulsivos, talvez porque, nessa época da vida, haja a necessidade de ações direcionadas para diversos tipos de aquisições, tais como casamento, filhos, casa, carro, status.

Spielberger (1992) encontrou Raiva para Dentro alta em pacientes hipertensos. Crusius, Mattos e Biaggio (1990) encontraram, na sua pesquisa, correlacionando o Teste de Frustração de Rosenzweig com as oito escalas do STAXI, correlação entre altos índices de Raiva para Dentro e “impunitividade”, isto é, negação, nas mulheres, significando que, geralmente, a agressão é evitada por elas, e as situações frustradoras tendem a ser vistas como passíveis de serem melhoradas, ou como sem importância é como se não fosse permitido entrar em contato com seus sentimentos de raiva. Também verificaram a existência de correlação positiva entre Raiva para Fora acima da média e “extrapunitividade”, isto é, agressão direcionada para o exterior tanto nos homens quanto nas mulheres. Entretanto, em nossos pacientes com gastrite e esofagite, encontramos resultado oposto em relação à Raiva para Fora e semelhante em Raiva para Dentro. Essa perspectiva aponta para características psicossociais relevantes que devem ser consideradas em futuras pesquisas relacionando doenças gastroenterológicas e gênero sexual.

Costa (1998) encontrou, em sua pesquisa Raiva para Dentro, acima da média em pacientes obesos. Também esse resultado foi verificado em mulheres bulímicas, segundo Milligan e Waller (2000). Resultado também acima da média, nessa categoria, correlacionando com depressão, foi encontrado em pacientes com dores de cabeça recorrentes, segundo Venable, Carlson e Wilson (2001).

Eles também verificaram Raiva para Fora alto correlacionada com ansiedade nesses pacientes.

Niemeier et al. (1999) verificaram que, em pacientes com psoríase, quando induzidos à raiva pela agressão verbal, apresentavam alta agressividade, porém, com pouca expressão verbal e baixo nível de Raiva para Fora. Resultado acima da média, nessa categoria, foi encontrado por Duprat (1999) em pacientes portadores de Doença Arterial Coronária.

Kim et. al. (2002) pesquisou pacientes, que tiveram ataque cardíaco. Verificaram que esses sujeitos não possuíam habilidade em lidar com a raiva e agressividade, e, na categoria Raiva para Fora, o resultado foi acima da média.

O que nos chama atenção é que na maioria das pesquisas relatadas, geralmente, há um aumento na categoria Traço de Raiva, e alterações em Raiva para Dentro e Raiva para Fora. Nossa população também mostrou resultados semelhantes. Parece que essas pessoas, portadoras de gastrite e esofagite, possuem um temperamento explosivo, são, geralmente, impulsivas, e, independentemente de haver ou não um fator externo que pudesse provocar a raiva, elas vivenciam fortes sentimentos de raiva, como se fossem constantemente agredidas.

Os homens demonstraram mais vivência de injustiças, de frustrações do que as mulheres na nossa pesquisa. Eles se mostraram, também, mais sensíveis a críticas e avaliações negativas do que as mulheres. Essa diferença nos leva a questionar se existe uma relação com o condicionamento cultural da mulher dessa geração, a qual ainda tem de reprimir e negar possuir os sentimentos de raiva. Será que com o advento do patriarcado, das religiões judaico-cristãs, não houve uma necessidade de as mulheres se “recolherem”, aparentando submissão a esse novo mundo? Poderíamos dizer que as mulheres há muito não podem externalizar a raiva, e, com sucessivas representações do sentir a raiva, podem ter passado a desenvolver um mecanismo de negação em relação a essa emoção.

A raiva é necessária para competir, impulsionar ações, e, até pouco tempo, não era dado às mulheres o direito de trabalhar fora de casa, de votar, de competir. Com a possibilidade de a mulher desen-

volver essas outras atividades, ela teve de enfrentar ambientes diversos. Porém, isso, não quer dizer que as mulheres dessa geração já saibam como lidar, entrarem em contato com sua raiva, e saber como competir em uma sociedade na qual ainda existe o domínio do patriarcado. Lummertz e Biaggio (1990) enfocam a dificuldade de as mulheres lidarem adequadamente com competitividade e desempenho acadêmico.

Também podemos relacionar com essa diferença apresentada entre os gêneros o fato de a raiva ser geralmente vista como sendo uma emoção ruim, negativa. As mulheres da nossa população apresentam raiva, porém parece que elas utilizam mecanismos de negação da raiva mais do que os homens. Elas também se sentem injustiçadas e frustradas, como se o meio externo fosse um agente agressor, e aqui os homens compartilham essa vivência.

Interessante notar que a direção da raiva, tanto no grupo masculino quanto no feminino, é voltada para dentro, para a própria pessoa.

A raiva é considerada uma emoção negativa, geralmente acompanhada por impulsos de retaliação agressivos, e, quando um indivíduo tem acesso de raiva, é como se ele perdesse o controle, fosse um outro ser. E como a raiva é geradora de impulsos violentos, tanto em relação aos que ofendem as pessoas, quanto contra quem sente raiva, passa a ser perigoso vivenciar e expressar essa emoção (Jung [1928] 1984; Myra y López [1949] 2001; Davidoff, 1983 e Ballone, 2002).

Retomando os resultados acima da média em várias categorias de experiência de raiva, será que esse sentir ameaças imaginárias não pode ser uma projeção, uma externalização da Raiva voltada para Dentro? A expressão torna-se perigosa, o que, portanto, poderia justificar os resultados abaixo da média na categoria Raiva para Fora, principalmente nas mulheres.

Spielberger (1992) diz que as pessoas podem apresentar resultados acima da média, concomitantemente, nessas duas categorias. Seriam indivíduos que, em alguns momentos, reprimiriam a raiva, e, em outros, a expressariam. Porém, na população aqui estudada, a direção é sempre para dentro do indivíduo, reprimindo e se auto-agredindo, em todas as faixas etárias, e, nos dois grupos, masculino e feminino.

Em toda a literatura pesquisada, não encontramos material referente à divisão em faixas etárias como foi por nós abordado. Na abordagem teórica utilizada, vimos que Jung ([1928] 1984), ao considerar as etapas da vida humana, as dividiu em quatro períodos: infância até puberdade, juventude (da puberdade até 35, 40 anos), meia-idade e velhice. Na passagem da juventude para a meia-idade, a pessoa, no processo desejável de desenvolvimento, passa a ter uma maior preocupação com seu sentido de vida, com valores espirituais, culturais, com o ser, e não dando mais tanto valor com o ter. Questiona, de um modo mais profundo, sobre o que realizou, sobre os objetivos de sua vida anterior, sobre sua própria identidade. A essa fase de mudanças profundas há a possibilidade de início do processo de individuação, nos termos de Jung.

Comparando os resultados de nossa pesquisa, surge a questão: será que essa frustração e sentimentos de serem injustiçados a maior parte do tempo, essa auto-agressão não estariam relacionados ao sentido da vida e objetivos não atingidos? Como também pode estar relacionada com a negação de conflitos para não ter de entrar em contato com seus significados, evitando a partida para opções de mudanças de direcionamento e posicionamento perante a vida atual. Enfrentar seus sentimentos destrutivos, de retaliação, que vêm à tona com a tomada de consciência da emoção raiva, pode ser perigoso. Para as pessoas da nossa pesquisa, parece que, naquele momento, optaram por “engolir” a própria raiva, sem eliminá-la, retendo-a dentro de si, sendo que esse processo pode torná-la crônica, como vimos mais nos homens do que nas mulheres, e mais nas pessoas entre 40 a 49 anos.

No processo normal de desenvolvimento, as pessoas dessa faixa etária têm uma revisão da maneira de viver a vida. Será que podemos levantar a hipótese de que as pessoas dessa faixa etária estariam passando pelo processo de individuação e, nesse grande questionamento de vida, estariam entrando em contato com sentimentos de possibilidades que não se concretizaram, com possíveis fracassos, e tendo dificuldade em lidar com esses aspectos, aumentando suas fantasias de serem injustiçadas frequentemente? Poderíamos dizer que essas pessoas não fizeram revisão sobre o viver sua

vida, de uma maneira adequada, expressando por meio do sintoma orgânico, o qual não pode ser elaborado psiquicamente.

Nós estudamos a raiva como sendo uma das emoções correlacionadas com gastrite e esofagite. Pretel Job (1988) encontrou correlação entre Estado e Traço de Ansiedade em pacientes com úlcera duodenal. Em sua pesquisa com um grupo de trabalhadores do sexo masculino, encontrou, também, correlação entre tabagismo, grupo sanguíneo tipo O e úlcera duodenal. Diversas emoções podem se correlacionar com gastrite e esofagite. Como a proporção de homens e mulheres com gastrite e esofagite é similar na população de pacientes que freqüentaram o ambulatório no mesmo período, pode-se supor, a partir da pesquisa de Pretel Job (1988), de que a raiva tenha mesmo sua principal representação no sistema digestivo, por meio de metáforas. Liberman, Grassano, Dimant, Cortiñas e Woscoboinik (1993) observam que, no decorrer do processo psicanalítico, se estrutura um espaço mental para o registro da emocionalidade, que pode ser facilmente observado nas sessões pelo aparecimento de expressões idiomáticas associadas às emoções, dando-nos a compreensão de que essas expressões são uma metáfora que trazem a marca do antigo código visceral. Liberman et al. (1993, p. 281-283) publicam um glossário de metáforas corporais que expressam emoções de asco em “me remexe as tripas”, de remorso em “*me carcome*”, de ansiedade em “ter um nó na garganta”, a sensação de perder o desejo de viver em “tenho um vazio dentro de mim”, de raiva em: remoer de raiva, morder-se de raiva, essa raiva me dá nó no estômago.

Em relação à entrevista semidirigida, o que nos chama a atenção é que a maioria das pessoas da nossa população associa alguma emoção com as crises de gastrite e esofagite, tanto na primeira vez quanto na atual, embora nem sempre sejam as mesmas emoções presentes nesses dois momentos distintos. Dessa maneira, emoções e sintomas relacionando a gastrite e esofagite estão presentes nessa população, podendo levantar a hipótese de que esses pacientes não tinham alexitimia.

A raiva não foi uma emoção com pontuação alta, principalmente nas mulheres, na questão associada ao primeiro aparecimento da

gastrite e esofagite. Podemos relacionar esses dados com os resultados obtidos no STAXI, parecendo que as mulheres apresentam maiores dificuldades em entrar em contato com essa emoção. O nervoso e a ansiedade parecem mais fáceis de serem aceitos.

Porém, na crise atual, a correlação foi mais com *stress*, tanto nos homens quanto nas mulheres; houve um aumento da percepção da raiva, e as mulheres nomearam mais ansiedade que os homens. Interessante pontuar que a maioria das mulheres da nossa população é dona de casa; talvez essa rotina de estar sempre de um mesmo modo, sem trocas exteriores, pode elevar sua ansiedade e *stress*. Carreceriam elas dos reforços que a atividade profissional exercida poderia trazer? A dependência financeira poderia ser um fator estressante? Será que se sentiriam mais injustiçadas e frustradas, e, talvez, esse fator esteja relacionado com resultados maiores que os dos homens, em algumas categorias do STAXI, como já vimos?

No Ambulatório e nas consultas periódicas ao gastroenterologista, é alta a ausência nos dois grupos, em relação ao retorno. Porém, no que se refere à adesão do uso dos medicamentos, ela é alta tanto nos homens quanto nas mulheres. Parece que a medicação é vista como solucionadora dos sintomas e dos conflitos emocionais a eles relacionados?

Os pacientes da nossa pesquisa assinalaram sentir dor na boca do estômago, queimação, bolo queimando dentro do estômago. Interessante notar que a raiva, geralmente, é considerada como um fogo destruidor e que “ferve” por dentro, queima. E essa percepção está presente na nossa população. A dificuldade de se nutrir também poderia estar associada ao fator de esses pacientes sentirem “dor na boca do estômago”, sendo doloroso a entrada do alimento. É como se o que viesse de fora pudesse ser visto como sendo ruim, não nutritivo.

Parece que o não saber lidar com as emoções adequadamente, o engolir tudo indiscriminadamente, negando a raiva, não permitindo que a agressividade seja adequadamente exercida na elaboração simbólica, atuada de forma criativa, nos termos de Byington, (2002b), o não integrar o reprimido na consciência (Ramos, 1990, 1994), pode estar relacionado com o surgimento de sintomas psicossomáticos,



com a gastrite e com a esofagite. Jung, ao relatar sobre um paciente, o qual estava com dificuldade de entrar em contato com suas idéias e fantasias a respeito de sua noiva, nos mostra que:

*“essas idéias suspensas sobre a não entrada com as emoções subjacentes aos conflitos podem expressar-se facilmente no corpo, freqüentemente como problemas de pele, de estômago e intestino, ou seja, diarreia ou constipação. As pessoas que não querem deixar algo ir embora podem produzir uma extraordinária constipação”* (Jung, [1935] 1982, par).

Vimos nos aspectos simbólicos da gastrite e esofagite que há uma relação entre o nutrir, com a figura materna, e a fase do matriarcado. Nessa fase do desenvolvimento da personalidade denominada de matriarcado, há o predomínio de Eros, do afeto, do toque, da nutrição, da intimidade e da sobrevivência (Byington, 2002; Reis, 2002; Vargas, 2002). Nosso corpo pode expressar o simbolismo dessa fase, do matriarcal por meio de abraçar, do acariciar e do se nutrir, assim como, se houver uma má elaboração dessa fase, nosso corpo poderá rejeitar o toque, o nutrir-se, ou alimentar-se em demasia. Essas relações irão depender de como foram nossas relações primárias, de como foram ativados os complexos relativos a cada fase do desenvolvimento. Além disso, pode-se perceber se houve ou não fixação e estagnação nessa fase primária.

O estômago pode ser considerado como um símbolo do materno, tendo a função de receber de acolher, de conter.

Na gastrite e esofagite, há uma alteração dessas funções. Na esofagite, o alimento pode ser recusado e retornado (refluxo), e, na gastrite, o bolo alimentar que entra parece não encontrar “ambiente” adequado para seu processo de transformação e eliminação. É como se o que viesse de fora não fosse bem aceito, provocando um excesso de acidez, ou seja, a alteração constante da barreira mucosa gástrica, fazendo com que se perca a função protetora das “paredes” do estômago, agredindo-o. O alimento não nutre, machuca. A auto-agressividade que aparece no excesso de ácidos, “corroendo” a mucosa gástrica, poderia estar relacionada com as dificuldades de pôr

para fora aspectos agressivos, destrutivos. Quando um conteúdo não for integrado no consciente do indivíduo, ele passa a fazer parte da sombra, podendo ser expresso simbolicamente por algum sintoma orgânico. Aqui poderíamos considerar que, na gastrite e na esofagite, haveria uma expressão de conteúdos não integrados à consciência, relacionados com a fase matriarcal.

O que nos chamou a atenção na Análise Fatorial foram os resultados dos agrupamentos um e três. O agrupamento um, com predomínio do grupo feminino, apresentou as mesmas características em relação às categorias do STAXI, já discutidas. Essas pacientes relacionaram *stress* com a primeira crise de gastrite, unindo emoção alterada com sintoma orgânico. Já, na crise atual, a relação foi com vômito. O que será que elas gostariam de expressar? Será a raiva contida, sentimentos de se sentirem injustiçadas?

No agrupamento três, com predomínio do sexo masculino, os resultados obtidos corroboram os apresentados nas análises de cada categoria do STAXI. Esse grupo associou a gastrite a problemas fora do lar, ao seu trabalho, ao papel do provedor material. Assinalaram que sentiam dor no lado direito do abdômen, quando havia crise de gastrite.

A categoria Raiva Crônica foi incluída na nossa pesquisa por considerarmos que, quando uma emoção constantemente mal elaborada, torna-se crônica, ela pode afetar, de modo significativo, partes de nosso organismo, ou todo ele. Assim, como também, poderá alterar percepção, sensações e funções da nossa psique.

Segundo Spielberger (1992) quando uma pessoa apresenta percentis altos, acima da média, nas categorias Estado de Raiva, Traço de Raiva e Raiva para Dentro, significa que ela possui Raiva Crônica. Ou seja, que seus sentimentos de raiva são persistentes, que duram há bastante tempo como se estivessem nas “entranhas” do indivíduo. Segundo Ferreira (1986), a palavra crônica vem do latim *chronicu* e do grego *cronikós* e é relativo a tempo.

A palavra crônica, relativa à duração de tempo, nos remonta à mitologia grega, a *Cronos*, deus do tempo, que constrói, mas a tudo corrói, destrói e finda. A palavra *Cronos* não possuía etimologia segura, estaria aproximado ao verbo “concluir, vibrar o último golpe”

(Brandão, 1991, p. 252). Talvez a idéia que, com o tempo tudo acaba, pode estar relacionada com essa possível origem da palavra *Cronos*.

Essa cronicidade da raiva, em que há na pessoa a presença constante de sentimentos de sentir-se injustiçada, frustrada, direcionando a raiva para si, deve contribuir para que as alterações do sistema nervoso autônomo sejam bastante freqüentes e, conseqüentemente, podendo influir cada vez mais na gastrite e esofagite.

A agressividade é muito importante para nossa vida e pode ser vista como uma das funções estruturantes da personalidade. Byington (2003) mostra que “a afetividade ensina o Ego a dizer ‘sim’, e a agressão, a dizer ‘não’” (p. 82). A raiva, geralmente, é vista como uma emoção negativa e que pode gerar comportamentos agressivos, indesejados. Desse modo, a sociedade, as escolas, até os lares preferem pessoas dóceis. O mesmo autor, em 2002b, estudou os aspectos da inveja, a qual também é considerada uma emoção negativa, como o é a raiva. Para ele, a inveja, em seu sentido negativo e destruidor,

“não abrange toda a função estruturante da inveja, mas, apenas seu aspecto fixado, defensivo e destrutivo. A mesma função estruturante da inveja pode atuar de forma criativa e propiciar o desenvolvimento saudável da personalidade, dependendo de como ela for exercida na elaboração *simbólica*” (p. 21).

Quanto mais uma pessoa não entrar em contato com sua raiva, sua agressividade, mais joga todos esses conteúdos para seu inconsciente, para sua sombra. Byington (2003) afirma que “quanto mais um ser humano é domesticado como cordeiro, mais ele fabrica um lobo selvagem, mutilado ou perverso, em sua sombra” (p. 83). Isso pode estar acontecendo com os indivíduos da nossa pesquisa. Se não houver elaboração simbólica da raiva, da agressividade, ela não será integrada à consciência, não possibilitando uma religação do eixo *ego-self*. Desse modo, poderá haver uma fixação e estagnação de energia psíquica em um determinado complexo, impedindo sua transformação e integração, e sua constante repetição poderá levar à cronicidade. Para que essas atitudes e sintomas não se cronifiquem, será necessário “que os símbolos e as funções estruturantes

tenham sido resgatadas da fixação”, e aí “é que poderão ser novamente elaborados criativa e prospectivamente” (Byington, 2002b, p. 17).

### Considerações finais

O corpo pode ser considerado o ator nas relações que estabelece com o mundo. Ele é investido de significados, sentimentos, valores absolutamente pessoais. As experiências de prazer e desprazer, êxito e fracasso são sempre vivências corporais que vão, paulatinamente, investindo o corpo de valores positivos e negativos (Araújo, 2000, p. 56).

Nossa população apresentou, em relação à Experiência de Raiva, vivenciá-la freqüentemente, sentindo-se injustiçada e frustrada. Os homens possuem essas emoções mais que as mulheres, assim, como também, nas pessoas de 20 a 29 anos e 40 a 49 anos.

O temperamento desses pacientes com gastrite e esofagite é explosivo, sentem raiva com ou sem motivo exterior, são impulsivos, com grande sensibilidade a críticas e avaliações, por eles consideradas negativas. Os homens apresentaram esses traços mais que as mulheres.

Em relação à Expressão de Raiva, isto é, a que se direciona, verificamos que as pessoas da nossa pesquisa reprimem a sua raiva, dirigindo-a para seu eu, com dificuldade para externalizá-la. Esse comportamento está presente tanto no grupo masculino quanto no grupo feminino. As pessoas de 20 a 29 anos parecem possuir menor controle sobre a expressão de raiva, enquanto que, nas de 50 a 60 anos, esse controle é maior.

Tanto os homens quanto as mulheres apresentaram Raiva Crônica, porém há diferença significativa entre os gêneros, sendo a Raiva Crônica maior no grupo masculino. Em todas as faixas etárias, também o índice de Raiva Crônica é alto, sendo maior nas pessoas de 40 a 49 anos. Talvez por ser essa fase da metade da vida bem conflituosa.

O ser humano parece possuir fantasias agressivas e de retaliação, desde seus primeiros dias de vida, na relação mãe-bebê, na relação eu-outro, na relação eu-sociedade...

Essas primeiras fantasias permeiam a vida do indivíduo em todas suas etapas, consciente ou inconscientemente. No início da

vida, nós não temos problemas conscientes pessoais. Com a maior aquisição da consciência, com a dúvida, com o medo do desconhecido, começam nossos problemas, pois, quanto mais nos tornamos conscientes, mais nos afastamos da nossa natureza, dos nossos instintos e do nosso inconsciente.

No nosso amadurecer, há a necessidade de entrarmos em contato com nossos conflitos interiores, em saber integrar elementos da nossa sombra na nossa consciência, que, geralmente, é uma parte difícil, que nos faz sofrer. E, nesse momento, as pessoas tendem a fazer de conta que os conflitos não existem, negando-os, reprimindo-os. Com isso, eles retornam para o inconsciente, porém não desaparecem.

Esses conteúdos pertencentes à sombra, emergem, em um determinado momento, carregados de energia psíquica. Quando irrompem na nossa personalidade, é como se se apossassem dela, pois neles sempre há uma relação com os complexos e as imagens arquetípicas por eles constelados. E, nesse momento, eles podem aparecer como sintomas com manifestação predominantemente psíquicas, ou predominantemente físicas.

Nós optamos por estudar pacientes cujos sintomas se apresentam na polaridade orgânica, e escolhemos uma emoção considerada forte, negativa, mas que, também, pode ser estruturante.

Vimos que a ira, a raiva e a fúria estão presentes tanto em Deus quanto nos deuses das mitologias grega e romana. Por ela ser tão profunda e arraigada em nosso inconsciente pessoal e coletivo, é que tem tanto poder, tanta força?

A raiva é a única emoção que existe nos répteis, como vimos, assim como, também no bebê. A raiva vivenciada e expressa constantemente de modo alterado está presente, também, em vários distúrbios orgânicos, sempre como algo que ferve por dentro, como um fogo destruidor.

Parece que a raiva é sempre vista como algo ruim, que gera agressividade, tanto auto como hetero. Geralmente, está ligada a sentimentos de não saber lidar com frustração, com a hostilidade também. O que será que falta no nosso desenvolvimento de personali-

dade para tornar a raiva tão poderosa? Será que essa estagnação e fixação não estariam impedindo a raiva de ser utilizada como uma função estruturante da personalidade, nos termos de Byington (2002 a; 2002b; 2003)?

Nosso questionamento está diretamente ligado à patologia e à emoção escolhida. A gastrite e a esofagite estão relacionadas com a figura materna, com a lua, com aspectos do nutrir, com aspectos simbólicos do arquétipo da Grande Mãe, com a fase do matriarcado.

Se a energia psíquica ficar contida, em qualquer fase do nosso desenvolvimento, haveria fixação, estagnação, passando a pertencer à sombra, impedindo sua elaboração simbólica e integração no eixo ego-*Self*.

Será que a raiva, expressa como sintomas orgânicos, não quer ser reconhecida como contendo também aspectos sadios, os quais são importantes para nossas conquistas, para nossas lutas internas e externas, para a ação construtiva?

Nossa pesquisa é um recorte, de um determinado distúrbio orgânico, em uma amostra de 109 pessoas, pertencentes a um determinado local e que freqüentam um ambulatório específico. Nesse espaço delimitado, é que fizemos nosso levantamento de hipóteses, nossas análises e considerações, o que nos impede de generalizações.

Levantamos como sugestão verificar em pacientes com gastrite e esofagite, que vivem em regiões diversas, como lidam com a raiva. Poderia ser verificado a influência da cultura, de camadas sociais específicas e a relação desses distúrbios orgânicos com a emoção raiva, nunca esquecendo que ela é, apenas, uma das emoções presentes na gastrite e esofagite. E por que, também, não verificar diversas emoções presentes nesses sintomas?

Quanto mais soubermos da inter-relação das emoções e sintomas orgânicos, mais poderemos ampliar nosso conhecimento, nossa compreensão e facilitar uma melhor qualidade de vida nesses pacientes, em nossos pacientes. Como, também, poderíamos auxiliar os médicos, na ampliação da compreensão dos sintomas de seus pacientes, podendo favorecer uma relação mais sadia entre médico-paciente.

Os pacientes dessa pesquisa parecem usar a raiva de uma maneira defensiva, e a possibilidade de melhora da sua gastrite e esofagite poderia ser por meio da elaboração da raiva, tornando-a uma função estruturante da personalidade apontada por Byington (2002b; 2003).

Se essas pessoas aprenderem a lidar adequadamente com sua raiva e encontrarem o símbolo subjacente à sua gastrite e esofagite, poderão, então, pelos seus sintomas psicossomáticos, integrá-los na consciência e restabelecer o equilíbrio do eixo ego-*Self*, como nos mostra Ramos (1990, 1994).

Considerando nossos sonhos e ideais, projeções da nossa psique, podemos, também, ter grandes desejos, envolvendo o coletivo. Que essa pesquisa possa ser uma semente para diversos campos férteis, compartilhados por diversos profissionais, formando verdadeiras equipes multidisciplinares.

## Referências

- Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática: princípios e aplicações*. In. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original de 1950).
- Araújo, C. A. (2000). Desenvolvimento do esquema corporal. São Paulo: Memnon. *Revista Temas sobre desenvolvimento*, 9(52), 56-58.
- Ballone, G. J., Pereira Neto, E., & Ortolani, I. V. (2002). *Da emoção à lesão. Um guia de medicina psicossomática*. São Paulo: Manole.
- Biaggio, A. M. B. (1998). Ansiedade, Raiva e depressão na concepção de C. D. Spielberger. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 291-293.
- Biaggio, A. M. B. (2000). Ansiedade, Raiva e depressão na concepção de C. D. Spielberger. In L. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. Waldo (Eds.). *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos.
- Brandão, J. (1991). *Dicionário mítico-etimológico da mitologia grega*. Vol. I. Petrópolis: Vozes.
- Byington, C. A. B. (1987). *Desenvolvimento da personalidade, símbolos e arquétipo*. São Paulo: Ática.
- Byington, C. A. B. (2002a). *O arquétipo da vida e da morte, um estudo da psicologia simbólica*. São Paulo: W11.
- Byington, C. A. B. (2002b). *Inveja criativa*. São Paulo: W11.
- Byington, C. A. B. (2003). *A construção amorosa do saber*. São Paulo: W11.
- Cannon, W. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Appleton.
- Cannon, W. (1939). *The wisdom of the body* (2a. ed.). New York: Worton & Company Inc.
- Costa, J. M. A. (1995). *Aspectos emocionais da obesidade: ansiedade e raiva*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Costa, J. M. A., & Biaggio, A. (1998). Aspectos emocionais da obesidade: ansiedade e raiva. Porto Alegre, RS. *Arquivo Brasileiro de Psicoterapia*, 50(3), 30-50.
- Crusius, T., Mattos, F. B., & Biaggio, A. (1990). *Correlações entre o Inventário de Expressão de Raiva Estado - Traço, de Spielberger, e o teste de frustração de Rosenzweig*. Paper presented at the Encontro Anual de Psicologia, Ribeirão Preto.
- Darwin, C. (2000). *A expressão das emoções no homem e nos animais*. São Paulo: Companhia das Letras. (Original de 1872).
- Davidoff, L. (1983). *Introdução à psicologia*. São Paulo: Makron Books.
- Duprat, R. (1999). *Investigação dos níveis de raiva e ansiedade em pacientes dislipidêmicos com e sem doença arterial coronária*. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo. Ver também Duprat, R. Custódio, E. M. & Martinez, T. L. R. (2001). Doença arterial coronária (DAC), intensidade de raiva e ansiedade em pacientes com dislipidemias. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, v. 9, n. 16, 166-212.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., & Leombruni, P. (2001). Anger and personality in eating disorders. USA. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 757-764.
- Fassino, S., Piero, A., Rovero, G. G., Abbate-Daga, G., & Leombruni, P. (2003). Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. USA. *Psychotherapy psychosomatic*, 72(4), 203-210.
- Fassino, S., Piero, A., Rovero, G. G., Abbate-Daga, G., & Leombruni, P. (2003). Mood, eating attitudes, and eating disorder. USA. *Journal of psychosomatic research*, 54(6), 559-566.
- Foley, P. F., Hartman, B. W., Dunn, A. B., Smith, J. E., & Goldberg, D. M. (2002). The utility of the state-trait anger expression inventory with offenders. USA. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46(3), 364-378.
- Greene, L., & Sasportas, H. (1990). *A dinâmica do inconsciente: seminários sobre astrologia psicológica*. (Vol. 2). São Paulo: Pensamento.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (1997). *Tratado de fisiologia médica* (9a. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Haynal, A., & Passini, W. (1983). *Medicina psicossomática*. São Paulo: Masson.
- Jung, C. G. (1976). *The vision seminars*. (Vol. 7). Zurique: Spring. Book 1, Part 7.
- Jung, C. G. (1982). Estudos sobre psicologia analítica. (Original de 1942). In C. G. Jung (Ed.), *Obras Completas de C.G. Jung*. (Vol. 7). Petrópolis.
- Jung, C. G. (1984). A dinâmica do inconsciente (1928). In C. G. Jung (Ed.), *Obras Completas de C.G. Jung*. (Vol. 8). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1986). Símbolos da transformação (1950). In C. G. Jung (Ed.), *Obras Completas de C.G. Jung*. (Vol. 5). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1997). A vida simbólica: escritos diversos. In C. G. Jung (Ed.), *Obras Completas de C.G. Jung, 1935, 18*. (Vol. 1). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2000). Os arquétipos e o inconsciente coletivo (1935). In *Obras Completas de C.G. Jung*. (Vol. 1). Petrópolis: Vozes.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (1998). *Principles of neuroscience* (3a. ed.). Connecticut: Appleton & Lange.



- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2000). *Fundamentos da neurociência e do comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan.
- Kim, J. S., Choi, S., Kwon, S. U., & Seo, Y. S. (2002). Inability to control anger or aggression after stroke. Coréia. *Neurology*, 58, 1106-1108.
- LeDoux, J. (1998). *O cérebro emocional* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Liberman, D., Grassano, E. N., Dimant, S. N., Cortiñas, L. P. & Woscoboinik, P. R. (1993). *Del cuerpo al símbolo: sobreadaptación y enfermedad psicosomática*. Santiago, Chile: Ed. Ananké.
- Lummertz, V., & Biaggio, A. *Relações entre pensamento pósconvencional e o comportamento de arriscar-se*. Paper presented at the XXII Congresso Interamericano de Psicologia, Buenos Aires.
- Marino Jr., R. (1975). *Fisiologia das emoções*. São Paulo: Sarvier.
- Martin, S. A. (s.d.). *A raiva como transformação interior*. São Paulo: CID.
- Martinez, T. M. (1996). Ansiedade e raiva em bruxômanos e não-bruxômanos. Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8, 301-312.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Milligam, R. J., & Waller, G. (2000). Anger and Bulimic Psychopathology Among Nonclinical Women. Inglaterra. *Int J. Eat Disord*, 28(4), 446-450.
- Myers, D. (1999). *Introdução à psicologia geral*. Rio de Janeiro: LTC.
- Myra y López, E. (2000). *Quatro gigantes da alma*. Rio de Janeiro: José Olympio. (Original de 1949).
- Neder, M. (1993). O psicólogo e a pesquisa psicológica na instituição hospitalar. Editorial da Revista de Psicologia Hospitalar. São Paulo, FMUSP. *Psicologia Hospitalar*, 3(2), 2-4.
- Nicholson, R. A., Gramling, S. E., Ong, J. C., & Buenevarr, L. (2003). Differences in anger expression between individuals with and without headache after controlling for depression and anxiety. USA. *Headache*, 43(6), 651-663.
- Niemeier, V., Fritz, J., Kupfer, J., & Gieler, U. (1999). Aggressive verbal behaviour as a function of experimentally induced in persons with psoriasis. Alemanha. *European Journal of Dermatology*, 9, 555-558.
- Pinker, S. (2001). *Como a mente funciona* (2a. ed.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Presas, L. A. P. (2002). *Mensuração de raiva em motoristas: TAXI*. São Paulo: Vetor.
- PreteL\_Job, J. R. P. (1988). *Relacionamento ansiedade e úlcera duodenal: elementos epidemiológicos em operários masculinos*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas de Gastroenterologia, São Paulo.
- Ramos, D. G. (1990). *A psique do coração: uma leitura analítica do seu simbolismo*. São Paulo: Cultrix.
- Ramos, D. G. (1994). *A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus.
- Reis, M. R. (2002). O corpo como expressão de arquétipos. São Paulo. *Junguiana*, 20, 43-49.
- Saccomori, V. L. (1997). *Alteração física provocada por acidentes de trânsito e/ou trabalho e sua implicação na estruturação do dano moral*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Schieman, S. (1999). Age and anger. USA. *J. Health Behavioral*, 40(3), 273-289.
- Siegmán, A. W., Malkin, A. R., Boyle, S., Vaitkus, M., Barko, W., & Franco, E. (2002). Anger and plasma lipid, lipoprotein and glucose levels in healthy women: the mediating role of physical fitness. USA. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(1).
- Spielberger, C. D. (1992). *Manual de Inventário de Expressão e Raiva como Estado e Traço (STAXI)*. São Paulo: Vetor.
- Swinn, R. M. (2001). The terrible twos – anger and anxiety: hazardous to your health. USA. *American Psychologist*, 56(1), 27-36.
- Vargas, N. S. (2002). Símbolo e psicossomática: o corpo simbólico. São Paulo. *Junguiana*, 20, 29-41.
- Vasconcellos, D. (1998). *Gastroenterologia prática* (5a. ed.). São Paulo: Sarvier.
- Venable, V. L., Charles, M. S., Carlson, R., & Wilson, J. (2001). The role of anger and depression in recurrent headache. USA. *Headache*, 41, 21-30.
- Viscott, D. S. (1982). *A linguagem dos sentimentos*. São Paulo: Summus.
- Waldstein, S., Manuck, S., Bachén, E., Muldoon, M., & Bricker, P. (1990, Apr). *Anger expression, lipids and lipoproteins*. Artigo apresentado no Annual Meeting of the Society for Behavioral Medicine, Chicago.